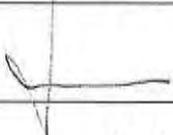


PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) - 2024
Qualità e Risk Management
(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Redazione PARS e proposta di adozione	Funzione	Data	Firma
Dott. Andrea Frasca	Resp. Risk Management	26/03/2024	
Validazione PARS	Funzione	Data	Firma
Dr. Filippo Berloco	Direttore Sanitario	29/03/2024	
Adozione e ratifica PARS	Funzione	Data	Firma
Dott. Nicola Fraddosio	Presidente CdA Nomentana Hospital	02/04/2024	

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

SOMMARIO

PREMESSE	2
0. SCOPO E CAMPO APPLICAZIONE	2
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI	6
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	9
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PARS 2023	9
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS 2023	29
6. OBIETTIVI E ATTIVITA' 2024 (AD ESCLUSIONE DEGLI OBIETTIVI ED ATTIVITÀ LEGATI ALLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO DESCRITTI AL PUNTO 7.)	30
7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2024	35
11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS	41
12. RIFERIMENTI NORMATIVI	41
13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	42
PREMESSA	47
IMPLEMENTAZIONE	52

ACRONIMI

DS	Direttore Sanitario	DSup	Resp. Qualità
CC-ICA	Comitato Controllo Infezioni Correlate Assistenza		
RM	Risk Manager		
DSIa	Laboratorio Analisi		
DFC	Direttore Finanza e Controllo		
DSai	Direttore Area Infermieristica		
DSsf	Farmacia		
RESP	Responsabile U.O.		
CIN	Coordinatore U.O.		

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

PREMESSE

La Legge 8 marzo 2017 n. 24, ha introdotto due elementi di novità, nell'ambito della gestione del rischio clinico, che meritano di essere sottolineati:

- La Sicurezza delle cure (art. 1) è definita “parte costitutiva del diritto alla salute”, che deve essere “perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività”. Inoltre viene stabilito per legge che la sicurezza rappresenta una delle dimensioni cruciali della qualità nella erogazione delle prestazioni sanitarie.
- Emendando il comma 539 della Legge di stabilità 2016, L'art. 16 della legge stabilisce che:

“i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito dei procedimenti giudiziari”, in recepimento della raccomandazione del Consiglio d'Europa del 9 giugno 2009 sulla *“Sicurezza del Paziente”*, che richiede *“l'introduzione o il rafforzamento di sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli, privi di carattere punitivo”*, incoraggiando *“il personale a segnalare attivamente gli eventi sfavorevoli mediante un ambiente aperto, equo e non punitivo”*. La stessa raccomandazione introduce il principio della inviolabilità da parte della magistratura della documentazione prodotta per la gestione del rischio clinico e precisa che i sistemi di segnalazioni dovrebbero essere differenziati da quelli disciplinari. In forza dell'articolo 16, gli Operatori Sanitari potranno segnalare mancati incidenti, eventi avversi lievi e gravi e i Risk Manager potranno analizzare queste segnalazioni con la serenità che nulla di tutto questo potrà essere utilizzato a fini giudiziari. Questo non significa deresponsabilizzare l'attività degli Operatori Sanitari, o impedire alle Strutture o alla magistratura di verificare le responsabilità personali degli Operatori e di acquisire la documentazione sanitaria inerente il singolo caso. Escludere l'acquisizione della documentazione tipica della gestione del rischio clinico (ad esempio audit su eventi significativi, rassegne di mortalità e morbilità, analisi delle cause radice ecc.) dall'ambito disciplinare e da quello giudiziario significa semplicemente ribadire che le attività di Risk Management sono proiettate alla ricerca e alla correzione dei fattori contribuenti a un evento avverso, **e non alla ricerca di un colpevole**.

0. SCOPO E CAMPO APPLICAZIONE

Scopo del presente Piano è definire le responsabilità e le modalità operative al fine di ridurre i rischi al minimo accettabile (*Contenimento del Rischio*), creare la cultura della sicurezza basata su un approccio *no-blame* (cioè di non colpevolezza), rafforzare le azioni avviate nel corso del 2023, concentrandosi sull'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, che rappresentano un obiettivo mandatorio regionale, in continuità con quanto previsto dalla Deliberazione n. 254 del 31 marzo 2015 recante *“Adozione percorso aziendale per l'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza del paziente e degli operatori”*, nonché in aderenza alla Legge n. 24 del 8 marzo 2017, nell'ambito dell'erogazione di prestazioni e servizi sanitari accreditati e autorizzati della Casa di Cura **Nomentana Hospital**.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura **Nomentana Hospital** sorge nel comprensorio di Fonte Nuova, comune della Provincia di Roma a pochi km dal Grande Raccordo Anulare. Questa specifica posizione consente sia ai cittadini del territorio di utenza della ASL RM 5, sia a cittadini del Comune di Roma di usufruire dei servizi offerti dalla Struttura.

La Casa di Cura è gestita dalla società " Nomentana Hospital S.r.l.". L'ingresso della Struttura è situato in Largo Nicola Berloco n. 1.

Sorge su un'area di 30.620 mq a forma triangolare, completamente delimitata da tre strade (Via Valle dei Corsi - Via due Giugno - Via IV Novembre).

Gli edifici sono collocati in un ampio parco di 16.500 mq, con alberature di alto fusto, aiuole fiorite, vialetti e panchine, fruibile dai visitatori e dai degenti della struttura.

La Struttura è dotata altresì, con i suoi 9.811 mq, di un'Aula Magna per convegni e seminari, di una piscina terapeutica, di cinque palestre per la riabilitazione neuromotoria, 2 per la terapia occupazionale ed una per la riabilitazione cardiorespiratoria, una Sala polifunzionale dove si svolgono le attività ludico-ricreative per gli Ospiti delle RSA e per i degenti della Casa di Cura, con proiezione di film ed attività teatrali.

L'attuale assetto del complesso è stato realizzato in conformità alla vigente normativa di settore (DCA n. 90/2010 e 8/2011 e s.m.i.) con l'obiettivo di crescere e ampliare l'offerta dei servizi sanitari presenti sul territorio.

Alla funzionalità del Presidio Sanitario concorre innanzitutto la configurazione degli accessi e dei percorsi all'interno del complesso e l'assetto distributivo generale. Essi consentono infatti una razionale distribuzione dei settori funzionali, con una chiara distinzione tra le aree di degenza, le aree della residenzialità, le aree destinate alla valutazione ed alle terapie, le aree della socializzazione e le aree generali e di supporto.

La Casa di Cura, con i decreti del Commissario ad Acta (DCA) n. **U00282** del 27.06.2013, **U00530** del 23.12.2013, **U00457** del 26.10.2017 ha ottenuto dalla Regione Lazio l'accreditamento istituzionale definitivo.

La Casa di Cura **Nomentana Hospital** è sede di molteplici attività sanitarie ma è principalmente impegnata nella cura e riabilitazione di Pazienti provenienti da tutte le Strutture sanitarie della Regione Lazio.

Con il presente Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) della Casa di Cura **Nomentana Hospital** vengono definiti gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale, per il 2023, al fine del miglioramento della qualità delle cure e la prevenzione degli eventi avversi. Il presente documento valorizza le iniziative intraprese negli anni precedenti, che costituiscono le basi per la continuità delle azioni programmate e per avviarne di nuove.

Al fine di illustrare la complessità e il relativo profilo di rischio della Casa di Cura **Nomentana Hospital** si rende necessaria un'analisi sintetica dell'organizzazione.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

1.1 ASSETTO DISTRIBUTIVO E FUNZIONALE DEL PRESIDIO SANITARIO

Nella tabella qui di seguito, sono riportati i dati strutturali e di attività della Casa di Cura, al netto delle modifiche introdotte per effetto della pandemia tuttora in corso, oggetto di successiva descrizione:

TABELLA 1 –

Edificio	Piano	Locali/Degenze/Servizi
Edificio principale (A1-2)	Piano seminterrato	Cucina e servizi annessi; Centrale termica; Cabina elettrica; Palestra fisioterapia e servizi annessi; Piscina terapeutica con relativi spogliatoi; Locali servizi generali; Servizio mortuario con annessa Cappella; Aula sindacale; CED; Accettazione Sanitaria (Accettazione Ricoveri)
	Piano terra (Ingresso A – Ingresso C)	Presidenza; Uffici di Direzione Sanitaria; Direzione Infermieristica; Direzione professioni sanitarie-Area riabilitativa; Ufficio URP-Risk Management; Palestra fisioterapia e servizi annessi; Palestra cardio-respiratoria; Servizi amministrativi e di Accettazione; - Area degenze di Riabilitazione (cod. 56); - Area degenze di Riabilitazione estensiva residenziale (ex art. 26 L. 833/78); - Area degenze di Riabilitazione estensiva semiresidenziale (ex art. 26 L. 833/78); Bar; Day Hospital riabilitativo; Laboratorio Analisi; Poliambulatorio
	Piano primo	Area degenze di Lungodegenza (cod. 60); Area degenze di R.S.A. “R2” Mantenimento Medio Alto n° 80 posti letto residenza accreditati, di cui: Nucleo 1 (20 posti letto residenziali); Nucleo 2 (20 posti letto residenziali); Nucleo 3 (20 posti letto residenziali); Nucleo 4 (20 posti letto residenziali).
	Piano secondo	- Centro di Emodialisi; - Area Hospice residenziale; - Area Hospice residenziale; - Area degenze di R.S.A. “R3” Mantenimento Medio Basso, n° 106 posti letto residenziali accreditati, di cui: - Nucleo 1 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 2 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 3 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 4 (16 posti letto residenziali); - Nucleo 5 (15 posti letto residenziali); - Nucleo 6 (15 posti letto residenziali).
	Piano terzo	- Area degenze di Riabilitazione; - Area degenze di Riabilitazione per solventi.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Edificio A5	Piano seminterrato	Locali di deposito; Guardaroba; Archivi
Edificio B	Piano seminterrato	Deposito biancheria sporca; Deposito rifiuti ospedalieri trattati e materiali esausti
Edificio C	Piano seminterrato	Sala Soggiorno Polivalente; Spogliatoi del personale; Servizi idrici
	Piano terra	Aula magna; Ufficio DPO; Farmacia
Edificio D	Piano seminterrato	Centro di Diagnostica per Immagini e Servizi Amministrativi
Edificio E	Piano seminterrato	Deposito materiali Magazzino manutenzione
	Piano terra	Mensa Aziendale
Edificio F	Piano terra	Servizi amministrativi

1.2 ELENCO ATTIVITÀ DEL PRESIDIO SANITARIO (DCA U00457 DEL 26.10.2017)

TABELLA 2 - Dati al 31/12/2023

NOMENTANA HOSPITAL			
DATI STRUTTURALI			
POSTI LETTO ORDINARI ACCREDITATI E IN REGIME SOLVENZA	449	Riabilitazione Cod. 56	110
		L.D. post acuzie Cod. 60	98
		Ex art. 26 resid.	23
		Ex art. 26 semiresid.	6
		Cure palliative – Hospice resid.	12
		RSA Mantenim. Medio Alto (R2)	80
		RSA Mantenim. Medio Basso (R3)	106
		Degenza Solventi	14
		Servizio Emodialisi Ambulatoriale	23
DATI ATTIVITA' ANNO 2023 (fonte: Uff. Affari Generali-Istituzionali)			
RICOVERI ORDINARI	2399	RICOVERI DIURNI (Ex art. 26 L. 833/78)	33

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

		(1) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE SSN + (2) EX ART. 26 AMBULATORIALE	6.359 +1.269 = 7.628
BRANCHE SPECIALISTICHE	32	PRESTAZIONI EMODIALISI AMBULATORIALE	12.905
		PRESTAZIONI AMBULATORIALI (escluse analisi laboratorio)	18.694

A seguito della rimodulazione delle misure di sicurezza COVID-19, nel corso dell'anno 2023 si è proceduto ad organizzare le attività della Casa di Cura in ottemperanza alle disposizioni regionali che hanno comportato:

- La piena ripresa delle attività ambulatoriali;
- Il ripristino della originaria ubicazione delle UU.OO. di degenza;
- la rimodulazione degli spazi dedicati alla degenza nei reparti di lungodegenza, riabilitazione, nelle residenze sanitarie assistenziali, al fine di garantire il distanziamento individuale di almeno un metro tra i pazienti;
- il regolare approvvigionamento dei DPI necessari ed indicati per ogni setting assistenziale;
- Ridefinizione dei percorsi per l'accesso e la veicolazione dei Pazienti e degli Operatori sanitari all'interno della Casa di Cura, per ogni singolo setting assistenziale.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI

In ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla L. 24/2017, al fine di consentire la corretta 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) 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 si verifica un evento inatteso e correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente (ovviamente non intenzionale e indesiderabile), si parla di **evento avverso**.

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 ad un errore. Quando l'evento avverso è di particolare gravità si parla di **evento sentinella**. In questi casi è necessario sottoporre l'evento 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.

Di per sé, il numero di eventi segnalati da una struttura sanitaria non rappresenta in alcun modo un indicatore di qualità e di sicurezza, né permette di confrontare Strutture diverse. Una organizzazione che non segnala o che segnala poco potrebbe essere più "pericolosa" di una che segnala, in quanto è ormai riconosciuto a livello internazionale che la propensione degli operatori a segnalare gli eventi, specie quelli senza conseguenze o evitati, è uno degli indicatori della diffusione della cultura della sicurezza all'interno di una organizzazione.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Tabella 3 – Eventi segnalati nel 2023 (Art. 2, co. 5 L. 24/2017; Fonte: Sistema aziendale di reporting)

Tipo di evento*	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss/Close Call	6 (2,08% del totale: NM+EA)	Comunicazione 100% nei casi sottoposti ad analisi	Comunicazione 100%	100% dal sistema di Incident Reporting (Intranet aziendale segnalazione anonima)
Eventi Avversi (EA)	282 cadute (93,4% del totale degli EA) di cui <ul style="list-style-type: none"> n. 235/282 = 83,%, per cadute senza danno n. 42/282 = 15% per cadute con danno di cui 2,3% per cadute con danno Classe 1; 22,7% per cadute con danno Classe 2; 1,06% per cadute con danno Classe 3	Comunicazione 40%; Organizzativi 60% (nei casi sottoposti ad analisi)	Comunicazione 40% Organizzative 60%	100% dal sistema di segnalazione evento incidente
Eventi Sentinella (ES)	1			

Glossario:

MOD_ICO Scala di Conley; MOD_SEI scheda di segnalazione evento incidente

MOD_ANC Scheda di analisi delle cadute; MOD_IMO Scala di Morse

Dall'analisi dei dati raccolti tramite il sistema di reporting (intranet aziendale), e le schede di segnalazione compilate ed inviate alla Direzione Sanitaria dal Medico di reparto o dal Medico di guardia, riportati nella Tabella 3, si rileva che le cadute rappresentano l'evento avverso più rappresentativo la cui percentuale maggiore è costituita dalle cadute con danno Classe 1 (contusione). Nel periodo di riferimento sono stati registrati n. 3 eventi Classe 3 (danno severo) di cui n. 1 classificato ES e segnalato con analisi e piano di miglioramento sul portale regionale SIRES. Tutti gli eventi rilevati e riportati in tabella sono stati registrati sul portale SIRES.

Dall'analisi degli eventi avversi, la cui dinamica è sempre riportata e spiegata nella scheda di analisi MOD_ANC, si rileva che l'evento caduta è avvenuto in molti casi in condizioni di indipendenza e deambulazione autonoma del paziente,

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

nella propria stanza, per lo più durante il turno pomeridiano, anche in soggetti cognitivamente non sempre conservati, in alcuni casi in presenza di altri fattori contribuenti come ad esempio la limitazione mediante sponde di protezione.

Quindi sembrerebbe trattarsi di eventi causati dalla non aderenza alle misure precauzionali prescritte e spiegate ai Pazienti stessi.

A fronte del dato raccolto e del livello di rischio evidenziato nel corso dell'analisi di fine anno 2022, la Struttura nel corso dell'anno 2023 ha proceduto alla sostituzione di altri 21 letti articolati manualmente con altrettanti letti elettrici che sulla base delle evidenze scientifiche sono in grado di ridurre la gravità dell'evento, le cui risultanze di efficacia, auspicabilmente con la riduzione degli esiti da caduta, saranno oggetto di analisi al termine dell'anno 2024. Contestualmente la Struttura ha ritenuto opportuno pianificare la progressiva sostituzione dei letti articolati manuali residui con letti articolati ad altezza variabile elettrici.

E' necessario considerare che le cadute dei Pazienti, soprattutto anziani, durante la degenza, sono tra le prime cause di sinistri denunciati a carico delle Aziende Sanitarie. L'evento caduta costituisce un grave problema per la persona coinvolta, per la famiglia e la società.

Gli esiti correlati all'evento caduta quindi rappresentano per la Struttura una causa di aumento dei costi dovuti al prolungarsi della degenza e alle procedure diagnostiche e terapeutiche necessarie. Data la valenza fortemente negativa che "l'evento avverso caduta" può assumere in termini di qualità dell'assistenza nonché le conseguenze di ordine etico e talvolta legale per gli operatori coinvolti, è giustificata la necessità di focalizzare l'attenzione sul fenomeno.

Le linee guida internazionali sottolineano l'importanza della valutazione del rischio di caduta nella persona che si ricovera in ospedale, quale parte integrante dei programmi di prevenzione, motivo per cui la Struttura Nomentana Hospital ha da tempo elaborato un protocollo operativo per la gestione del rischio da caduta, la cui ultima revisione è stata trasmessa alle UU.OO. in data 21/03/2016 e in pari data pubblicata nella intranet aziendale, unitamente alle due scale di valutazione del rischio "Conley Score scale, MOD_ICO" e "Morse score scale, MOD_IMO" da compilare e comparare entrambe all'inizio del ricovero, a metà ricovero e/o in caso di variazione del livello di autonomia e sicurezza del paziente.

Rispetto alla contenzione quale misura di riduzione del rischio di caduta, non c'è nessuna evidenza scientifica che supporti l'uso di mezzi fisici di contenimento quale strategia per la prevenzione delle cadute in Pazienti anziani, ma al contrario vi è evidenza che la contenzione sia elemento di maggior rischio di danno grave da caduta.

Data la tipologia delle prestazioni e servizi prevalentemente riabilitativi che la Casa di Cura Nomentana Hospital eroga sia in regime di accreditamento sia in regime autorizzativo, la mitigazione del rischio deve essere bilanciata con il bisogno di promuovere e favorire l'indipendenza funzionale, che è il principale obiettivo della riabilitazione.

2.1 SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO [ART. 4, CO. 3 L. N. 24/2017]

Nella tabella seguente vengono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, restando esclusi quelli riferiti a danni di altra natura (ad es. smarrimento di effetti personali, danni a cose, ecc.).

Tabella 4 – (Fonte: Direzione Operativa - Uff. Affari Generali/Legali)

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati (€)	
		Compagnia Ass.	Azienda
2019	5	-----	632.973,36
2020	1	-----	16.000,00
2021	1	-----	1.000,00
2022	1	-----	150,00

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

2023	6	-----	1.054.500,00
Totale	14		1.704.623,36

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tabella 5 - (Fonte: Uff. Affari Generali/Istituzionali/Legali)

Anno	Polizza	Compagnia Ass.	Premio Lordo (€)	Franchigia (€)	BROKERAGGIO
2019					AUTOASSICURAZIONE
2020					AUTOASSICURAZIONE
2021					AUTOASSICURAZIONE
2022					AUTOASSICURAZIONE
2023					AUTOASSICURAZIONE

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PARS 2023

PARS 2023		
OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1) Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico "La corretta compilazione della documentazione sanitaria e prevenzione del contenzioso medico legale"	No	Rinviato al 2024 a causa della numerosità di eventi formativi programmati
Attività 2) Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM "La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione"	SI	
Attività 3) Esecuzione del percorso <i>Clinical Governance Core Curriculum (ECM)</i> "Strumenti e strategie di Clinical Governance", riservato a Operatori identificati "Facilitatori del rischio clinico", Medici-Infermieri-Terapisti delle UU.OO degenza/servizio, Direttore + Biologo	SI	Ente formatore Gimbe, destinatari n. 4 operatori "Facilitatori rischio clinico".

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Laboratorio Analisi		
Attività 4) Esecuzione del corso Clinical Governance Core Curriculum “Dalle linee guida ai PDTA” , riservato a Operatori identificati “Facilitatori del rischio clinico”	SI	Ente formatore Gimbe, destinatari n. 3 operatori “Facilitatori rischio clinico”
Attività 5) Esecuzione del corso Clinical Governance Core Curriculum “Dalle linee guida ai PDTA” , riservato a Operatori identificati “Facilitatori del rischio clinico”	SI	Ente formatore Gimbe, destinatari n. 3 operatori “Facilitatori rischio clinico”
PARS – RISCHIO INFETTIVO 2023		
OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1 – Progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI'	1. Corso (No ECM) “Rilevatori dell’igiene delle mani” a cura di docenti interni, n. 11 edizioni partecipanti n. 314 (tutte le professioni sanitarie).
PARS 2023		
OBIETTIVO B) - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1) Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 31/12/2021 del corso ECM “Somministrazione dei farmaci: competenze e responsabilità” .	SI	Rinviato al 2023 a causa dell'emergenza Covid-19 e delle restrizioni riguardanti la formazione in presenza. il corso è stato erogato in modalità FAD n. 200 accessi. Destinatari: Medici – Infermieri Operatori formati: n. 157
Report semestrale di verifica della qualità delle cartelle cliniche	SI parzialmente	
PARS 2023 – RISCHIO INFETTIVO		
OBIETTIVO B: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' DA RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 PER GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1 – C.3. Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani – monitoraggio trimestrale di consumo di prodotto	SI'	1.Resoconto trimestrale del consumo di prodotto a base alcolica INDICATORE

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

a base alcolica C.3.1		SI' 2.Redazione di report INDICATORE SI' - Cfr. tabelle - All. A
ATTIVITA' 2 – C.3. Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani – monitoraggio trimestrale del consumo di sapone C.3.2	SI'	1.Resoconto trimestrale del consumo di sapone INDICATORE SI' 2.Redazione di report INDICATORE SI' - Cfr. tabelle - All. A
ATTIVITA' 3 – C.5. Feedback – C.5.2 - <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	1.Esecuzione del feedback INDICATORE SI'
ATTIVITA' 4 – C.5. Feedback – C.5.3 - <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	SI'	1.Esecuzione del feedback INDICATORE SI' Vd. Allegato A
ATTIVITA' 5 – E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica dell'igiene delle mani - E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	SI'	1.Esecuzione incontri mensili del team INDICATORE SI'
PARS 2023		
OBIETTIVO C) – Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1) Progettazione ed esecuzione di un corso " Prevenire, gestire gli atti di aggressione nelle strutture sanitarie ", Destinatari: tutte le professioni	SI	Corso ECM in modalità BLENDED; Destinatari: Tutti gli operatori (medici-infermieri-OSS-Operatori di primo contatto con il pubblico)
Attività 2): Introduzione del Safety Walk Around (SWA) come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure. Effettuazione di n. 2 SWA nell'anno, con analisi e piano di miglioramento.	SI	
Attività 3) Partecipazione alle attività regionali in tema di Risk Management	SI 100%	
Attività 4)	SI	

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Partecipazione del Risk Manager alle attività del CC-ICA aziendale	100%	
PARS 2023 – RISCHIO INFETTIVO		
OBIETTIVO C: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1: Elaborazione di Report diffusione a livello delle UUOO delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento	SI'	INDICATORE Report semestrale STANDARD SI' - CFR. Quadri sinottici e tabelle
ATTIVITA'2: Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocolture) delle infezioni/colonizzazioni da CRE - estensione del modello di sorveglianza attiva ai Pz. "esposti"	NO (avviato nel 2024)	INDICATORE Produzione di report semestrali STANDARD SI'
ATTIVITA' 3: Elaborazione di Report su patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti	SI'	INDICATORE Produzione di report con cadenza semestrale (consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria distinto per reparto e principio attivo) STANDARD SI' - CFR. Quadri sinottici e tabelle
ATTIVITA'4: Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert.	SI'	INDICATORE Produzione di report con periodicità semestrale (incidenza su campioni colturali di microrganismi alert/1000 giornate di degenza) STANDARD 50% (1)
ATTIVITA' 5: Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)	SI'	INDICATORE 1. Corso (No ECM) "Terapia empirica delle infezioni acute delle vie respiratorie", n. 2 edizioni partecipanti 12 (medici) 2. Corso (No ECM) "Terapia empirica delle infezioni delle vie urinarie", n. 1 edizione partecipanti 12 (medici) STANDARD SI'
ATTIVITA' 6: Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA	NO	INDICATORE Realizzazione di indagine di prevalenza. STANDARD SI'

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

PARS 2023		
OBIETTIVO D) – Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 15) Partecipazione del Risk Manager alle sedute del Tavolo permanente rischio clinico – CRRC Regione Lazio	SI	100% (Numero sedute del Tavolo permanente convocate/numero di presenze, al netto delle assenze giustificate)
Attività 16) Partecipazione del Risk Manager all'attività del CC-ICA aziendale	SI	100% (Numero sedute del CC-ICA aziendale convocate/numero di presenze, al netto delle assenze giustificate)

PARS 2023 – RISCHIO INFETTIVO

Di seguito vengono riportate le tabelle ed i grafici relativi alle attività del 2023:

OBIETTIVO B: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' 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: **ALLEGATO A**

OBIETTIVO C: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE.

Nell'ambito del CC-ICA è stato istituito un sottogruppo tecnico di Antimicrobial Stewardship per la costante promozione di un uso responsabile e appropriato degli antibiotici, il cui Piano di attività comprende le seguenti principali linee di azione:

- 1) Adozione di regole e raccomandazioni sull'uso degli antibiotici
- 2) Individuazione di indicatori e metodi di monitoraggio dell'uso degli antibiotici
- 3) Previsione di una reportistica periodica sull'uso degli antibiotici
- 4) Audit sull'uso degli antibiotici
- 5) Interventi di formazione del personale sanitario sull'uso corretto degli antibiotici.

Ai sensi della normativa vigente il CC-ICA è tenuto a riunirsi almeno quattro volte nell'arco dell'anno solare e nello specifico.

02/03/2023 verbale con protocollo interno 654/2023

25/07/2023 verbale con protocollo interno 655/2023

05/10/2023 verbale con protocollo interno 824/2023

20/12/2023 verbale con protocollo interno 178/2024

ATTIVITA' 1: elaborazione di report di diffusione a livello delle UUOO ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento.

Nel Nomentana Hospital è attivo un sistema di screening mediante tamponi rettali per la ricerca di Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE) rivolto ad una popolazione target con le seguenti caratteristiche: pazienti trasferiti da altra struttura (PS, Ospedali, lungodegenze, RA, cliniche di riabilitazione), pazienti con precedente ricovero negli ultimi trenta giorni, pazienti con

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

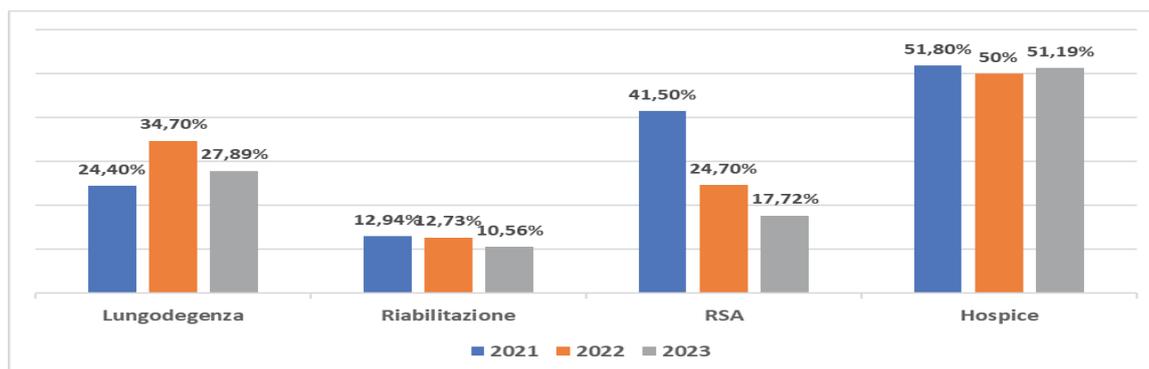
Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

precedente positività a CRE. Lo screening ha lo scopo di identificare tempestivamente eventuali pazienti portatori di germi CRE e prevenirne la trasmissione ospedaliera.

TAMPONI ESEGUITI	Lungodegenza	Riabilitazione	RSA	Hospice	Totale
2021	495	726	77	222	1520
2022	682	1225	170	208	2285
2023	1219	1391	168	168	3015

% di positività allo screening per la ricerca di CRE e totale dei tamponi di sorveglianza eseguiti nel 2021 – 2022 - 2023 nelle varie aree assistenziali



% RESISTENZA MEROPENEM MDRO
RIABILITAZIONE 1° SEM 2023

GERME	% SENS.	% RES.	TOT. CAMPIONI MDR
E. Coli	90,10%	9,10%	11
K. Pneumoniae Ozaenae	0	100%	1
K. Pneumoniae Pneumoniae	17,40%	82,60%	23

% RESISTENZA MEROPENEM MDRO
RIABILITAZIONE 2° SEM 2023

GERME	% SENS.	% RES.	TOT. CAMPIONI MDR
Ac. Baumannii	0	100%	1
Citrobacter Freundi	34%	67%	3
Ent. Cloacae	0%	100%	3
K. Pneumoniae Pneumoniae	14,30%	85,70%	14
K. Pneumoniae	16,70%	83,30%	6
Providencia Stuarti	0,00%	100,00%	1
Ps. Aeruginosas	0,00%	100,00%	1

% RESISTENZA MEROPENEM MDRO
LUNGODEGENZA 1° SEM 2023

GERME	% SENS.	% RES.	TOT. CAMPIONI MDR
K. Pneumoniae Pneumoniae	12,10%	87,90%	33
K. Pneumoniae	43%	57%	7
P. Mirabilis	91,70%	8,30%	12

% RESISTENZA MEROPENEM MDRO
LUNGODEGENZA 2° SEM 2023

GERME	% SENS.	% RES.	TOT. CAMPIONI MDR
Ac. Baumannii	0	100%	2
Ent. Cloacae	33,30%	66,70%	3
E. Coli	83%	17%	26
K. Pneumoniae Pneumoniae	19,10%	80,90%	68
K. Pneumoniae	21,40%	78,60%	14
P. Mirabilis	86,70%	13,30%	15
Ps. Aeruginosas	0,00%	100,00%	2

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

% RESISTENZA MEROPENEM MDRO
RRSSAA 1° SEM 2023

GERME	% SENS.	% RES.	TOT. CAMPIONI MDR
Ac. Baumannii	0,00%	100,00%	1
E.coli	85,70%	14%	7
K. Pneumoniae Pneumoniae	33,30%	66,70%	6

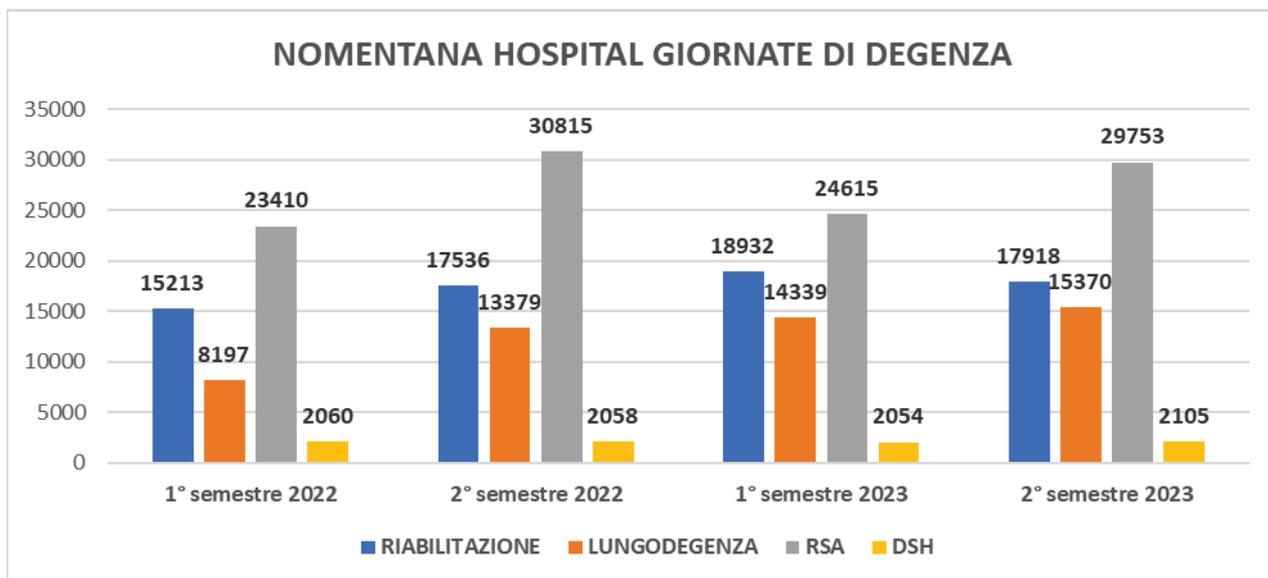
% RESISTENZA MEROPENEM MDRO
RRSSAA 2° SEM 2023

GERME	% SENS.	% RES.	TOT. CAMPIONI MDR
E.coli	92,30%	7,70%	13
K. Pneumoniae Pneumoniae	14,30%	86%	7
P. Mirabilis	80,00%	20,00%	5

ATTIVITA' 2: definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coproculture) delle colonizzazioni/infezioni da CRE – Estensione del modello di sorveglianza attiva a Pz. “esposti”.

Attività non implementata, avviata nel 2024

ATTIVITA' 3: elaborazione di report su patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antifettivi e dei relativi costi sostenuti



Per il calcolo dei DDD* sono stati utilizzati parametri forniti dal portale “FARMADATI Italia” ed applicata

$$\text{DDD} = \frac{\text{Comprese assunte} \times \text{Dose di farmaco per compressa (espressa in grammi)}}{\text{Dose definita Giornaliera*}}$$

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

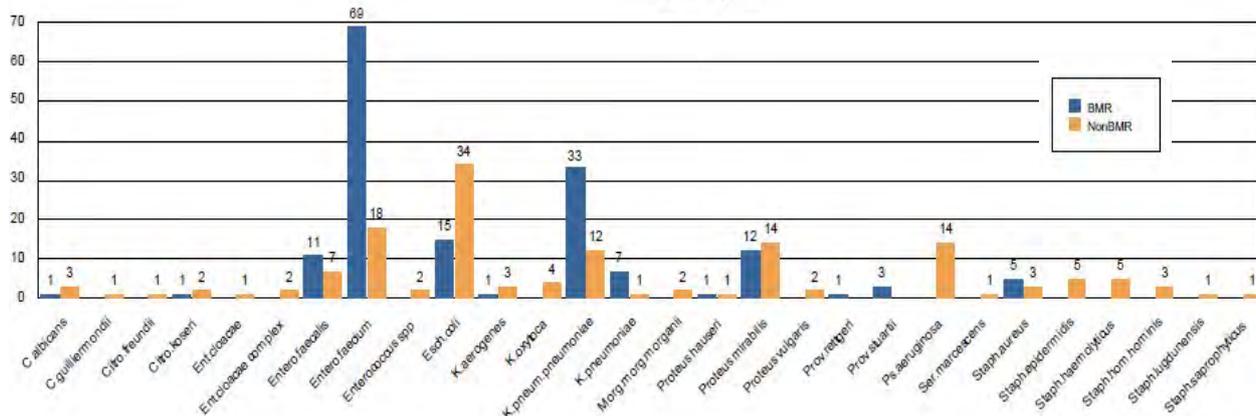
DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI RIABILITAZIONE 1° SEMESTRE 2023

PRINCIPIO ATTIVO	UNITA' POSOLOGICA	DDD/100 GG DEG	COSTO TOT
AMIKACINA IM/EV F.LE 500MG	30 FLE	0,08	69,00 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	888 CPR	2,73	85,10 €
AMOXICILLINA RATIO.*12CPR 1G	564 CPR	1,99	64,90 €
AMPICILL.SUL.IBI*20ML 1G+500MG	84 FLE	0,07	204,12 €
AZITROMICINA 3CPR RIV 500MG	18 CPR	0,16	4,32 €
SULFAMETOXAZOLO E TRIMETOPRIM 16CPR 160MG+800MG	96 CPR	0,61	14,16 €
CEFAZOLINA*IV F 1G+F 10ML	42 FLE	0,07	41,60 €
CEFOTAXIMA IM/EV 1FL 1G+FL SOLV	10 FLE	0,01	21,50 €
CEFTAZIDIMA 1FL 1G+FL 3ML	12 FLE	0,02	15,00 €
CEFTRIAXONE IM 1G+F 3,5ML	108 FLE	0,28	108,00 €
CEFTRIAXONE INF POLV 2G	46 FLE	0,24	57,00 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	582 CPR	1,54	68,00 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	56 CPR	0,3	2,80 €
CLINDAMICINA*12CPS 150MG	192 CPS	0,08	50,90 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	170 BS	0,9	204,00 €
FLUCONAZOLO 10CPS 100MG	60 CPS	0,16	4,50 €
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	45 FLE	0,79	67,50 €
CEFALEXINA*8CPR 1G	16 CPR	0,04	10,54 €
LEVOFLOXACINA 500 MG/100 ML flacone	5 FLE	0,03	5,55 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	160 CPR	0,84	36,20 €
LINEZOLID 2MG/ML 300ML	10 FLE	0,03	56,00 €
MEROPENEM 500 MG EV	230 FLE	0,2	416,30 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	104 FLE	0,08	185,10 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	101 FLE	0,15	275,75 €
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	60 FLE	0,16	232,80 €
			2.300,64 €

NOMENTANA HOSPITAL UUOO LUNGODEGENZA

dati di positività per ricerca patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza/consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria su esami culturali

1 gennaio – 30 giugno 2023



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI LUNGODEGENZA 1° SEMESTRE 2023

PRINCIPIO ATTIVO	UNITA' POSOLOGICA	DDD/100 GG DEG	COSTO TOT
AMIKACINA IM/EV 500MG	160 FLE	0,56	368,00 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	348 CPR	1,42	33,35 €
AZITROMICINA 3CPR RIV 500MG	15 CPR	0,17	3,60 €
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	176 CPR	1,47	25,96 €
DOXICICLINA*10CPR 100MG	30 CPR	0,21	6,39 €
CEFAZOLINA TEVA*IV F 1G+F 10ML	46 FLE	0,11	45,54 €
CEFTAZIDIMA IM 1FL 1G+FL 3ML	182 FLE	0,32	227,50 €
CEFTRIAXONE IM 1G+F 3,5ML	15 FLE	0,05	15,00 €
CEFTRIAXONE INF POLV 2G	245 FLE	1,71	303,80 €
CEFEPIME*IM IV FL 1G+F 3ML	205 FLE	0,36	748,25 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	414 CPR	1,44	48,30 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	266 CPR	1,85	113,43 €
CLINDAMICINA LIM*5F 600MG/4ML	30 FLE	0,07	31,20 €
FLUCONAZOLO 10CPS 100MG	80 CPS	0,28	6,00 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	36 BS	0,25	43,20 €
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	117 FLE	2,72	175,50 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	165 CPR	1,15	37,29 €
LINEZOLID 2MG/ML 300ML	138 FLE	0,24	772,80 €
MEROPENEM 500 MG EV	160 FLE	0,19	289,60 €
MEROPENEM EV POLV 1G	520 FLE	1,21	1.383,20 €
METRONIDAZOLO FLAC 500MG 100ML	70 FLE	1,63	77,00 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	542 FLE	1,08	1.490,50 €
VANCOMICINA INF FL 500MG	518 FLC	0,9	828,80 €
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	20 FLE	0,07	77,60 €
			7.151,81 €

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

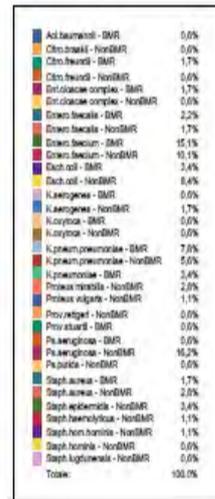
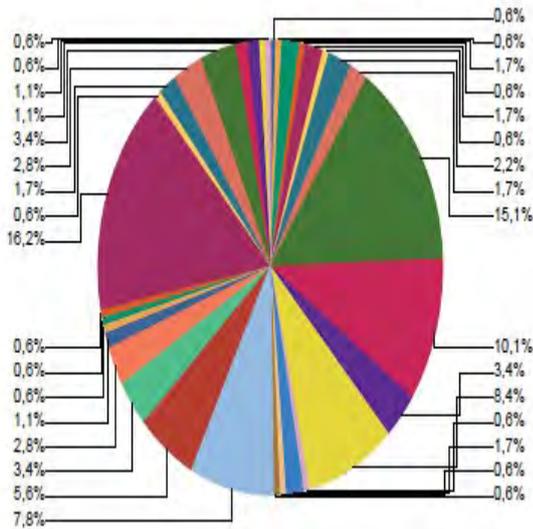
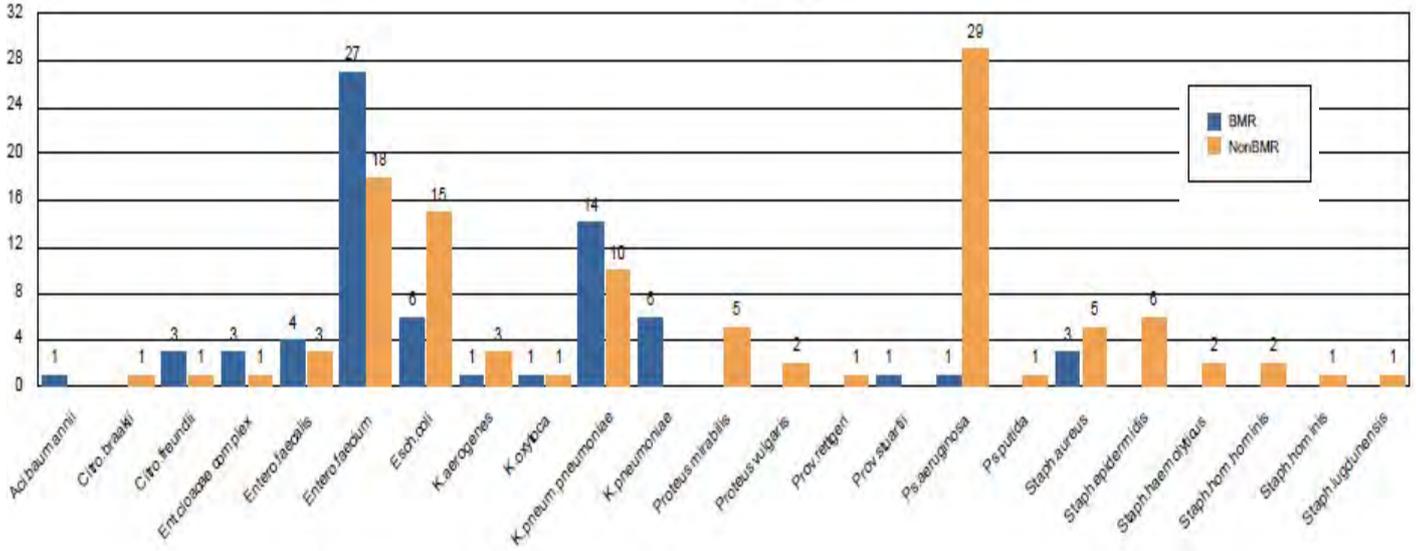
Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

NOMENTANA HOSPITAL UUOO RIABILITAZIONE

dati di positività per ricerca patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza/consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria su esami colturali

1 luglio – 31 dicembre 2023



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI RIABILITAZIONE 2° SEMESTRE 2023

PRINCIPIO ATTIVO	UNITA' POSOLOGICA	DDD/100 GG DEG	COSTO TOT
AMIKACINA IM/EV 10F.LE 500MG	70 FLE	0,19	80,50 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	1380 CPR	4,5	132,25 €
AMOXICILLINA RATIO.*12CPR 1G	480 CPR	1,79	55,20 €
AMPICILL.SUL.IBI*20ML 1G+500MG	75 FLE	0,07	182,25 €
AZITROMICINA 3CPR RIV 500MG	36 CPR	0,33	8,64 €
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	272 CPR	1,82	40,12 €
CEFALEXINA 1G 8 CPR	16 CPR	0,18	10,54 €
CEFAZOLINA TEVA*IV F 1G+F 10ML	10 FLE	0,03	9,90 €
CEFTAZIDIMA 1FL 1G+FL 3ML	10 FLE	0,01	12,50 €
CEFTRIAXONE IM 1G+F 3,5ML	76 FLE	0,21	76,00 €
CEFTRIAXONE INF POLV 2G	60 FLE	0,33	74,40 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	918 CPR	2,56	107,10 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	56 CPR	0,31	23,90 €
CLINDAMICINA LIM*5F 600MG/4ML	10 FLE	0,02	10,40 €
FLUCONAZOLO 10CPS 100MG	100 CPS	0,28	7,50 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	104 BS	0,58	124,80 €
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	24 FLE	0,04	36,00 €
IMIPENEM+CILASTATINA 500MG+500MG	20 FLE	0,03	80,00 €
LEVOFLOXACINA 500 MG/100 ML flacone	10 FLE	0,06	11,10 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	235 CPR	1,31	53,10 €
MEROPENEM 1G EV POLV	90 FLE	1,17	239,40 €
MEROPENEM 500 MG EV	70 FLE	0,06	126,70 €
MINOCICLINA 8 CPS 100 MG	88 CPS	0,24	34,43 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	48 FLE	0,04	85,40 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	86 FLE	0,14	236,50 €
TEICOPLANINA 200 MG FL	158 FLE	0,44	613,00 €
TEICOPLANINA 400 MG FL	12 FLE	0,03	140,40 €
VANCOMICINA INF FL 500MG	156 FLE	0,22	149,60 €
TIGECICLINA 50MG 10 FLC/5ML	30 FLE	0,08	750,00 €
			3.511,63 €

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

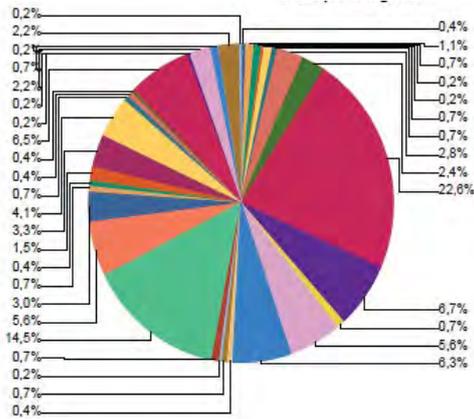
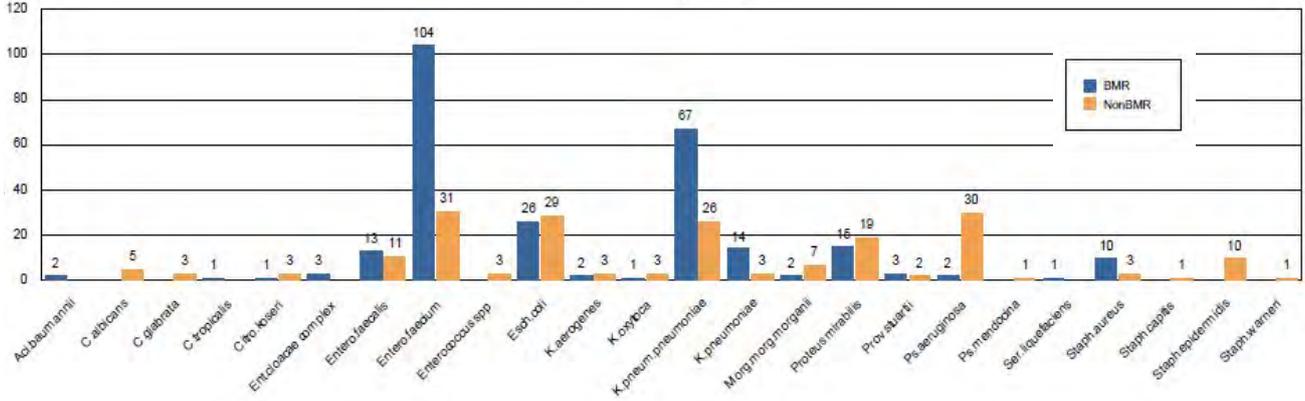
Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

NOMENTANA HOSPITAL UUOO LUNGODEGENZA

dati di positività per ricerca patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza/consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria su esami colturali

1 luglio – 31 dicembre 2023



Acidobacterium - BMR	0,4%
C. albicans - NonBMR	1,1%
C. glabrata - NonBMR	0,7%
C. tropicalis - BMR	0,2%
C. ho. keiseri - BMR	3,2%
Enterobacteriaceae complex - BMR	0,7%
Enterob. faecalis - BMR	2,8%
Enterob. faecalis - NonBMR	2,6%
Enterobacter spp - BMR	22,6%
E. coli - BMR	6,7%
E. coli - NonBMR	5,6%
K. aerogenes - BMR	0,2%
K. aerogenes - NonBMR	0,4%
K. oxytoca - BMR	0,7%
K. oxytoca - NonBMR	0,2%
K. pneumoniae - BMR	44,5%
K. pneumoniae - NonBMR	5,6%
Morg. morganii - BMR	3,0%
Morg. morganii - NonBMR	0,7%
Morg. morganii - BMR	0,4%
Morg. morganii - NonBMR	1,0%
Proteus mirabilis - BMR	3,5%
Proteus mirabilis - NonBMR	4,1%
Prov. stuartii - BMR	0,7%
Prov. stuartii - NonBMR	0,4%
Ps. aeruginosa - BMR	0,4%
Ps. aeruginosa - NonBMR	6,5%
Ps. mdracina - NonBMR	0,2%
Ser. liquefaciens - BMR	0,2%
Staph. aureus - BMR	0,7%
Staph. aureus - NonBMR	0,7%
Staph. saprofitus - NonBMR	0,2%
Staph. epidermidis - NonBMR	2,2%
Staph. warneri - NonBMR	0,2%
Totale	100,0%

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI LUNGODEGENZA 2° SEMESTRE 2023

PRINCIPIO ATTIVO	UNITA' POSOLOGICA	DDD/100 GG DEG	COSTO TOT
AMIKACINA IM/EV 10F.LE 500MG	201 FLE	0,65	233,18 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	408 CPR	1,55	39,10 €
AMPICILL.SUL.IBI*20ML 1G+500MG	136 FLE	0,15	330,50 €
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	576 CPR	4,5	85,00 €
BACTRIM*OS SOSP 80MG+400MG/5ML	1 FLC	0,004	6,08 €
BASSADO*10CPR 100MG	150 CPR	0,98	35,40 €
CASPOFUNGIN FL 50 MG	10 FLE	0,0006	563,60 €
CEFAZOLINA TEVA*IV F 1G+F 10ML	42 FLE	0,091	41,60 €
CEFOTAXIMA EV 1FL 2G+FL10 ML	10 FLE	0,03	31,00 €
CEFOTAXIMA IM/EV 1FL 1G+FL SOLV	20 FLE	0,03	43,00 €
CEFTAZIDIMA 1FL 1G+FL 3ML	312 FLE	0,51	390,00 €
CEFTRIAXONE INF POLV 2G	166 FLE	1,08	205,84 €
CEFEPIME*INIET 1FL 1G+1F 3ML SOLV	205 FLE	0,33	748,25 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	420 CPR	0,34	49,00 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	168 CPR	1,09	71,64 €
FLUCONAZOLO 10CPS 100MG	70 CPS	0,23	5,25 €
FLUCONAZOLO KABI* 100ML	20 FLE	0,065	44,00 €
FLUCONAZOLO KABI* 200ML	10 FLE	0,065	68,75 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	34 BS	0,22	40,80 €
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	70 FLE	0,51	105,00 €
LEVOFLOXACINA 500 MG/100 ML	30 FLE	0,19	33,30 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	150 CPR	0,19	33,90 €
LEVOFLOXACINA TE*5CPR 250MG	5 CPR	0,02	2,47 €
LINEZOLID 10CPR 600MG	10 CPR	0,03	27,50 €
LINEZOLID 2MG/ML 300ML	442 FLC	1,44	2.745,20 €
MEROPENEM 500 MG EV 10 flc	290 FLE	0,31	524,90 €
MEROPENEM 1G EV POLV	904 FLE	1,96	2.404,60 €
METRONIDAZOLO FLAC 500MG 100ML	35 FLE	0,08	38,50 €
NEOFURADANTIN 100*20CPS 100MG	20 CPS	0,06	5,66 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	60 FLE	0,06	106,80 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	1158 FLE	2,15	3.184,50 €
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	120 FLE	0,4	465,60 €
TIGECICLINA 50MG 10 FLC/5ML	10 FLE	0,03	250,00 €
VANCOMICINA INF FL 500MG	715 FLE	1,16	1.144,00 €
			14.103,92 €

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

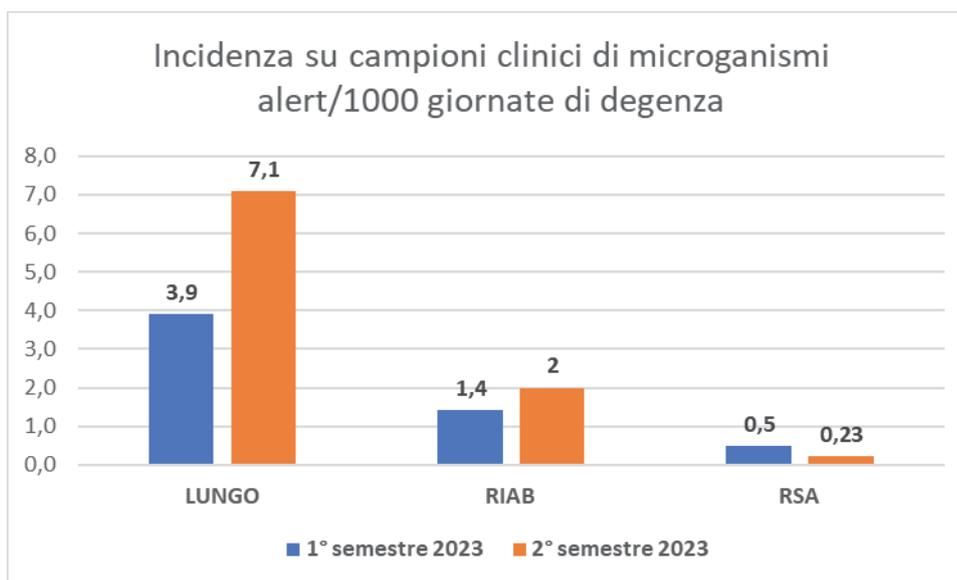
Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

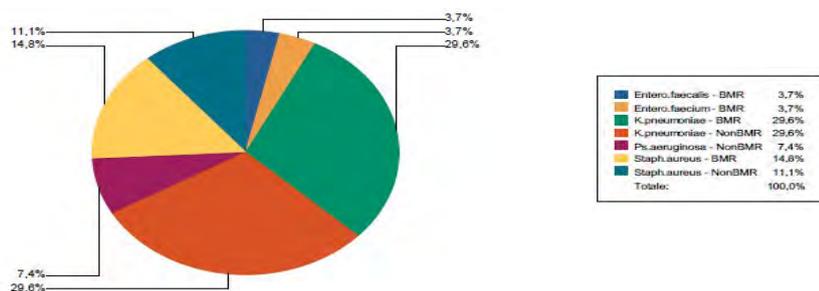
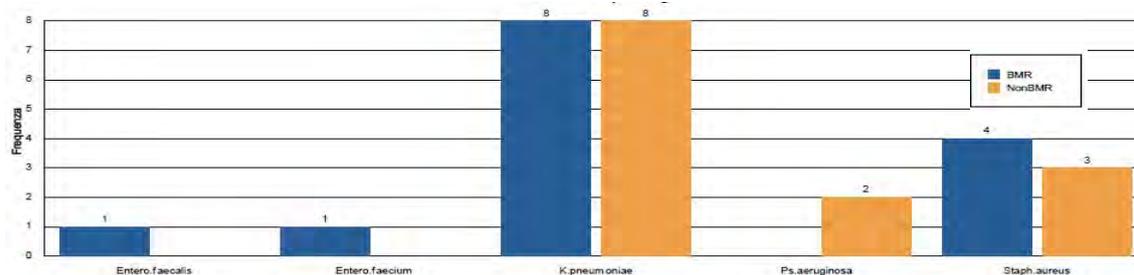
ATTIVITA' 4: definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza e circolazione dei microrganismi alert - produzione di report con periodicità semestrale (incidenza su campioni colturali di microrganismi alert/1000 giornate di degenza)

Numero di esami clinici eseguiti nelle varie linee assistenziali

	1° semestre 2023	n. esami positivi	% positività	2° semestre 2023	n. esami positivi	% positività
LUNGO	281	56	19,92%	542	109	20,1%
RIAB	124	27	21,77%	186	36	19,3%
RSA	67	12	17,91%	95	7	7,3%



NOMENTANA HOSPITAL UUOO RIABILITAZIONE dati di positività per microrganismi alert su esami colturali su campioni clinici 1 gennaio – 30 giugno 2023



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

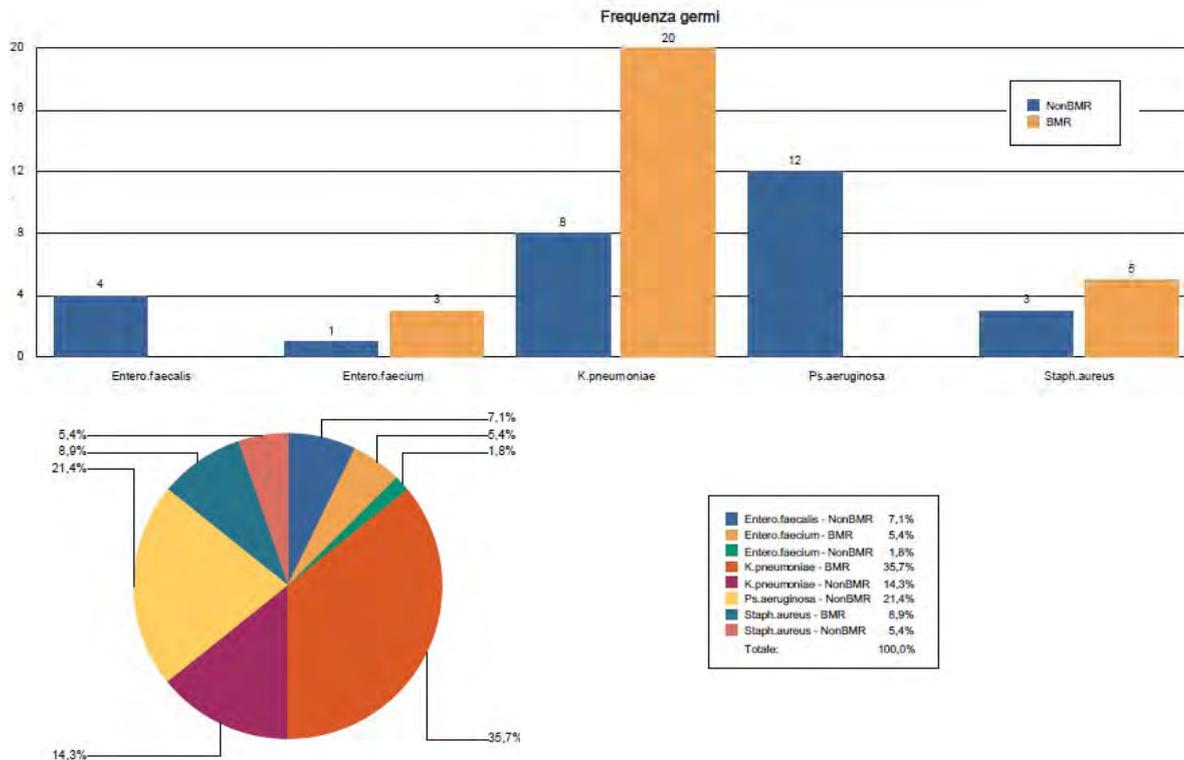
Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

NOMENTANA HOSPITAL UOO LUNGODEGENZA

dati di positività per microrganismi alert su esami colturali su campioni clinici

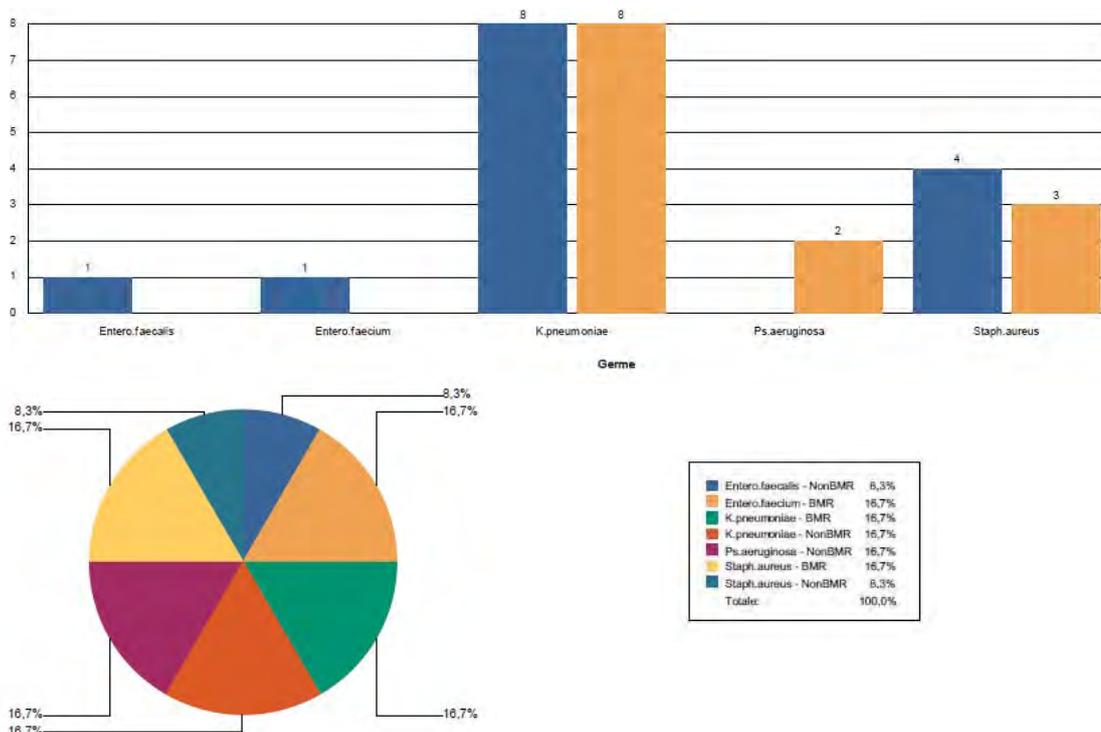
1 gennaio – 30 giugno 2023



NOMENTANA HOSPITAL UOO RSA

dati di positività per microrganismi alert su esami colturali su campioni clinici

1 gennaio – 30 giugno 2023



NOMENTANA HOSPITAL UOO RIABILITAZIONE

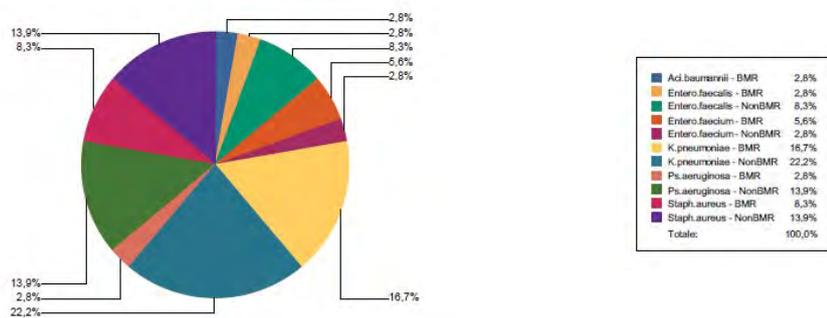
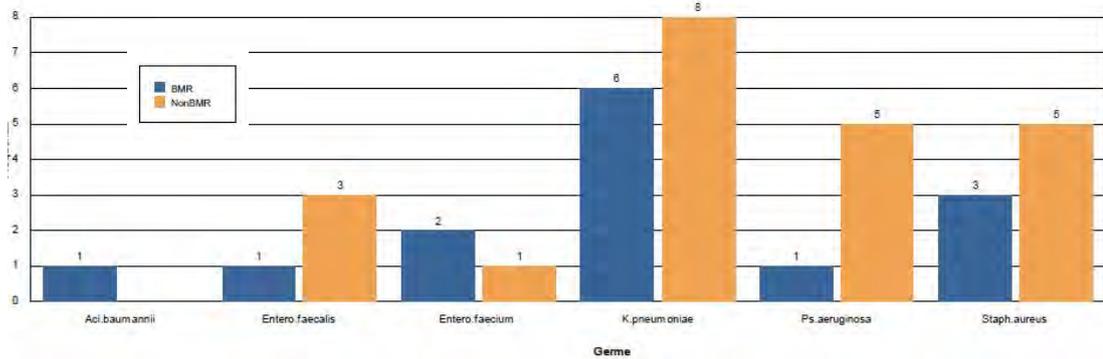
dati di positività per microrganismi alert su esami colturali su campioni clinici

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

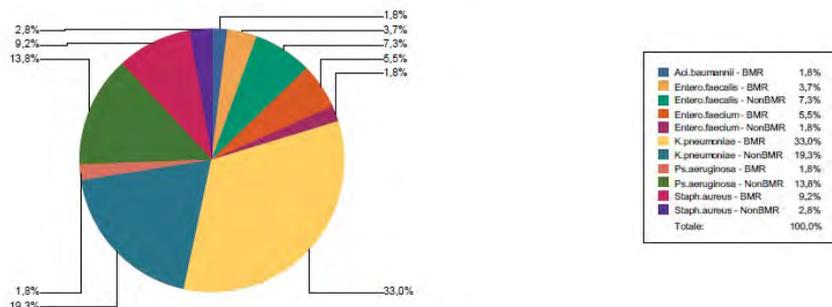
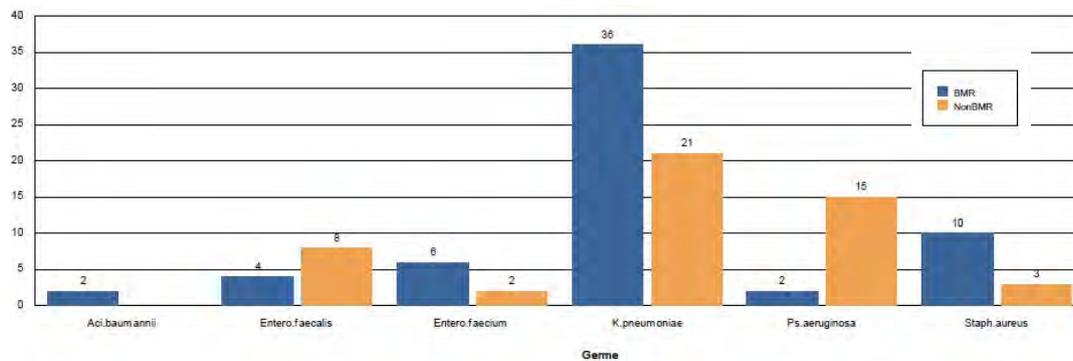
1 luglio – 31 dicembre 2023



NOMENTANA HOSPITAL UUOO LUNGODEGENZA

dati di positività per microrganismi alert su esami culturali su campioni clinici

1 luglio – 31 dicembre 2023



NOMENTANA HOSPITAL UUOO RSA

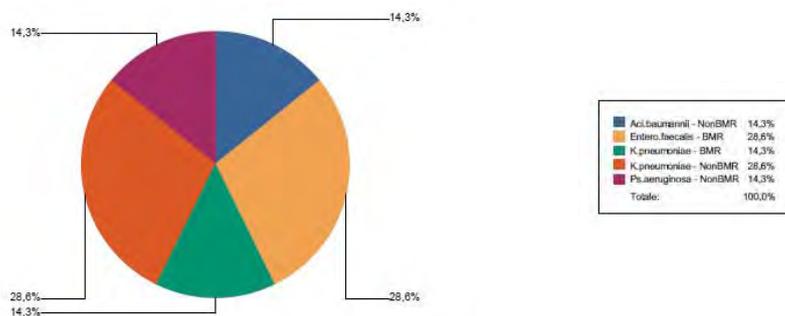
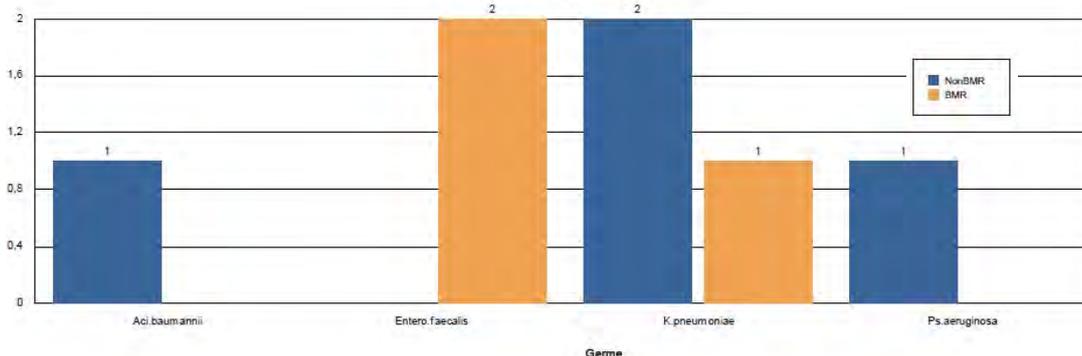
dati di positività per microrganismi alert su esami culturali su campioni clinici

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

1 luglio – 31 dicembre 2023



5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS 2023

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno le seguenti specifiche responsabilità:

1. **Risk Manager:** redige e monitora l'implementazione del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. **Direttore Sanitario/Presidente CC-ICA:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
3. **Responsabile UO Affari Generali/Legali Operativo:** comunica i dati relativi alla sinistrosità e alla posizione assicurativa della Struttura;
4. **Direzione Strategica/Proprietà della Struttura:**
 - si impegna ad adottare il PARS con deliberazione o atto equipollente;
 - si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget per la realizzazione delle attività previste).

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

AZIONE	Proprietà/CdA	Direttore Sanitario/ Presidente CC-ICA	Risk Manager	Resp. Affari Generali/Legali Operativo	Direttore FC	Strutture Amm.ve di supporto
Redazione PARS	C	C	R	C	C	-
Redazione tabella 6 punto A2 e punto A3	I	C	C	R	C	-
Redazione punto A7	I	R	C	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	R	I	I	I	C	-
Monitoraggio PARS	I	C	R	C	C	C
Monitoraggio punto A7	I	R	C	I	I	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITA' 2024 (ad esclusione degli obiettivi ed attività legati alla gestione del rischio infettivo descritti al punto 7.)

6.1 OBIETTIVI

Il PARS intende proseguire e incrementare le azioni avviate nel corso degli anni precedenti, e si basa sui seguenti presupposti:

- Diffusione della *no-blame culture* (con ciò non s'intende la deresponsabilizzazione degli operatori);
- Visione dell'errore come opportunità di apprendimento;
- Approccio sistemico;
- Miglioramento continuo sempre nell'intento di garantire elevati livelli di qualità e sicurezza delle cure.

Si ritiene opportuno ribadire che il Risk Manager rappresenta il facilitatore del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze della Direzione strategica aziendale e la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, comprendendo nel termine "gestione" anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza sulla erogazione delle prestazioni.

Rispetto ai soggetti preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, il Risk Manager coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio partendo dall'assunto che ogni singolo operatore ricopre un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e nel successo degli interventi di gestione del rischio clinico.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Le finalità e la progettualità descritte nel presente documento, anche riguardo al miglioramento della continuità operativa, consiste nel tentativo di contenere e/o ridurre i rischi legati ai processi operativi nell'ambito specificato ed in ogni singolo progetto, con lo scopo principale e mandatorio di ridurre la probabilità di accadimento degli eventi avversi e dei "near-misses", mediante una incisiva azione di analisi e di governo dei processi clinico-assistenziali erogati dalla Struttura e il successivo avvio di specifici interventi preventivi e/o correttivi.

La ratio è quindi di intervenire sulle pre-condizioni di rischio esistenti nei sistemi operativi, costituenti nel loro insieme i c.d. "errori latenti" che hanno un elevato grado di influenza nel determinismo degli "errori attivi".

Le attività previste nel PARS concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e sostenibilità finanziaria.

In ottemperanza alla Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 "*Adozione del documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS)*", alla nota REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.U.0091714.22-01-2024 "Piano Annuale di gestione Rischio Sanitario 2024 (PARS), ai sensi di quanto previsto dalla L. 8 marzo 2017, n. 24 recante "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*", gli obiettivi strategici definiti a livello regionale su cui progettare il PARS 2024, sono i seguenti:

- 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 e servizi erogati e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- C. Favorire la visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture;

Le attività elencate al capitolo successivo, sono frutto della analisi delle specificità e criticità aziendali. Alla luce delle risultanze della mappatura del rischio sanitario in supporto all'attività di risk management effettuate nell'ultimo trimestre 2019 a cura del broker assicurativo RAVINALE, evidenziata la necessità di individuare degli operatori sanitari che supportino il RM nell'attività di implementazione e monitoraggio delle azioni pianificate, soprattutto relativamente agli indicatori di esito individuati, la Direzione Strategica del Nomentana Hospital ha ritenuto opportuno, su proposta del RM, individuare gli operatori che, a seguito di assegnazione di incarico e conseguimento della formazione specifica in ambito rischio clinico, costituiscono il "*Gruppo Referenti per il Rischio Clinico (c.d. facilitatori del rischio clinico)*".

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

6.2 ATTIVITA' 2024

OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico

INDICATORE	Esecuzione di una edizione del corso ECM " Corretta compilazione della documentazione sanitaria e prevenzione del contenzioso medico legale ", entro il 30/12/2024, Obbligatorio per Medici, Coordinatori, Infermieri, Tecnici sanitari (Fisioterapista - T.O. - Logopedista), Funzioni di staff Direzione Sanitaria.
STANDARD	SI
FONTE	Risk Management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direzione Corsi Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

Attività 2 - Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico

INDICATORE	Esecuzione di almeno una edizione del corso ECM " La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione ", entro il 31/12/2024, destinatari: Medici, Coordinatori, Infermieri.
STANDARD	SI
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk manager	Direzione Corsi Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure			
Attività 3 - Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico			
INDICATORE	Esecuzione di almeno una edizione del corso NO ECM "La prevenzione delle lesioni da pressione", entro il 31/12/2024, destinatari: OSS		
STANDARD	SI		
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk manager	Direzione Corsi Formazione	Provider formazione GIMBE
Progettazione del corso	C	C	R
Accreditamento del corso	C	C	R
Esecuzione del corso	C	C	R

OBIETTIVO B) - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un corso sulla prevenzione degli errori in terapia farmacologica		
INDICATORE	Esecuzione del corso ECM entro il 31/12/2024 del corso ECM "Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica" in presenza.	
STANDARD	SI	
FONTE	Risk Management, Direzione Corsi Formazione	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Direzione Corsi Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

OBIETTIVO B) - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività 2: Report semestrale di verifica della qualità delle cartelle cliniche.

INDICATORE	Almeno due incontri l'anno con i responsabili di U.O. per l'analisi delle risultanze.
STANDARD	SI
FONTE	Risk Management, Direzione Sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria
Elaborazione del documento di sintesi	R	C
Convocazione Audit con Responsabile di U.O.	C	R
Redazione verbale di audit	R	C
Follow up semestrale a campione	R	C

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

Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un corso "Gestire e prevenire gli atti di aggressione nelle strutture sanitarie"

INDICATORE	Prosecuzione della formazione completata nel 2023, con erogazione di nuova edizione entro il 30/12/2024.
STANDARD	SI
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk manager	Direzione Formazione	Provider formazione
Progettazione del corso	C	C	R
Accreditamento del corso	C	C	R
Esecuzione del corso	C	C	R
Verifica esecuzione del corso	R	C	C

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

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

Attività 2: Introduzione del Safety Walk Around (SWA) come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure

INDICATORE	Effettuazione di almeno due SWA nell'anno 2024 con elaborazione di report e conseguente specifico piano di miglioramento
STANDARD	SI (2/2)
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk manager	Direzione Formazione	Provider formazione
Progettazione del corso	C	C	R
Accreditamento del corso	C	C	R
Esecuzione del corso	C	C	R
Verifica esecuzione del corso	R	C	C

7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2024

7.1 OBIETTIVI

In questo capitolo vengono declinati gli obiettivi e le relative attività specifici per la gestione del rischio infettivo.

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo
- Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani attraverso uno specifico Piano d'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;
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CRE)

7.2 ATTIVITA'

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 1 – Organizzazione di attività/formazione degli operatori mirate alla prevenzione delle ICA

INDICATORE - esecuzione di un numero di corsi entro il 31/12/2024 che assicurino la partecipazione di almeno il 50% del personale

STANDARD - 50% del personale

FONTE - CC-ICA

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CC-ICA	UO Formazione
1.Progettazione dei corsi	C	R
2.Esecuzione dei corsi	C	R

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' 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' 1 – Redazione Piano d'azione locale con declinazione delle attività previste per il 2024						
INDICATORE – SI'						
STANDARD – CRRC – Regione Lazio						
FONTE – CC-ICA						
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'						
Azione	CC-ICA	DS	RM	DSai	DSsf	CdA
1.Redazione del piano	R	C	C	C	C	I
2.Approvazione del piano	I	C	C	I	I	R

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

In allegato al presente documento il piano di azione locale sull'igiene delle mani redatto in ottemperanza alla circolare della Regione Lazio Reg. Ufficiale U.0091714.22-01-2024 avente come oggetto Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS).

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE					
ATTIVITA' 1 – Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE.					
INDICATORE – Aggiornamento costante dei sistemi di monitoraggio					
STANDARD - SI					
FONTE – Laboratorio Analisi e Patologia Clinica					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azione	DSIa	CC-ICA	DS	RM	Reparti e Servizi
2 .Monitoraggio e controllo	R	C	C	R	C

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE

ATTIVITA' 2 – Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coproculture) delle colonizzazioni/infezioni da CRE - Estensione del modello di sorveglianza attiva a Pz. "esposti"

INDICATORE – produzione di report semestrali

STANDARD – almeno un report

FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	RM	DSai	DFC	DS	DSL _a	RESP	CIN/INF
1. esecuzione dei tamponi rettali di sorveglianza sui soggetti "esposti" a PZ colonizzati/infetti	I	C	I	I	I	C	C	R
2. elaborazione e produzione di report	C	C	I	I	C	R	I	I

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE

ATTIVITA' 3. - Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert

INDICATORE - Produzione di Report con periodicità semestrale (incidenza su campioni colturali di microrganismi alert/1000 giornate di degenza)

STANDARD - 50% (1)

FONTE – Laboratorio Analisi

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	DSL _a	CC-ICA	RM	RESP	CIN
1. Elaborazione dei Report	R	C	C	I	I
2. Diffusione dei report	C	R	C	I	I

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE

ATTIVITA' 4.b – Elaborazione di report su: patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antifettivi e dei relativi costi sostenuti.

INDICATORE – Produzione di report con periodicità semestrale (consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria, distinto per reparto e principio attivo).

STANDARD - SI

FONTE – Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	DSIa	DSsf	CC-ICA	Reparti e Servizi	DS	RM
1.Elaborazione del Report integrato	R	C	I	I	I	I
2. Diffusione Report	C	C	R	I	C	I

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE

ATTIVITA' 4.a – Elaborazione di report su: diffusione a livello delle UU.OO. ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni d CRE per l'adozione di interventi misure di miglioramento.

INDICATORE – Produzione di report con periodicità semestrale (

STANDARD - SI

FONTE – Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	DSIa	DSsf	CC-ICA	Reparti e Servizi	DS	RM
1.Elaborazione del Report integrato	R	C	I	I	I	I
2. Diffusione Report	C	C	R	I	C	I

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE

ATTIVITA' 5. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:

5.a monitoraggio, prevenzione e controllo della ferita chirurgica

In ottemperanza alla circolare della Regione Lazio Reg. Ufficiale U.0091714.22-01-2024 avente come oggetto Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)

INDICATORE – Emissione procedura specifica

STANDARD - SI

FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	RESP/CIN
5.a.1: Sistematica applicazione della procedura	I	I	I	R
5.a.2: Monitoraggio corretta applicazione procedura	C	I	R	I

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE

ATTIVITA' 5. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:

5.b gestione della sepsi

In ottemperanza alla circolare della Regione Lazio Reg. Ufficiale U.0091714.22-01-2024 avente come oggetto Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)

INDICATORE - Produzione del programma

STANDARD - SI'

FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	DSIa	FORM
5.b.1: Corso di formazione per medici: intercettazione della sepsi	C	C	C	I	R
5.b.2: Corso di formazione infermieri: corretta modalità di esecuzione dell'emocoltura	C	C	I	I	R
5.b.3: Implementazione del sistema di processazione delle emocolture secondo le Linee Guida AMCLI	C	C	I	R	I

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE

ATTIVITA' 6. Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA

INDICATORE Realizzazione indagine di prevalenza

STANDARD – Si

FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM
1.Progettazione indagine	R	C	I
2.Esecuzione indagine	R	C	I
3.Elaborazione e analisi dei risultati	R	I	I
4.Restituzione dei risultati	C	R	C

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE

ATTIVITA' 7. Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici e di sensibilizzazione per il contrasto della resistenza agli antimicrobici

INDICATORE – Implementazione del programma

STANDARD - SI'

FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	DS	RM	MED
1. Implementazione del sistema di monitoraggio sull'utilizzo dei carbapenemi	R	C	C	I
2. analisi ragionata dell'utilizzo dei carbapenemi attraverso incontri tra commissione antimicrobial stewardship e curanti	R	C	C	C

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS verrà diffuso secondo le seguenti modalità:

- a. Presentazione al Collegio di Direzione
- b. Invio via mail ai Primari-Caposala/Coordinatori di UU.OO. degenza/servizio, Direttore Infermieristico, Coordinatori FKT
- c. Presentazione in riunione plenaria
- d. Pubblicazione sull'intranet e sul sito internet della struttura
- e. Trasmissione via mail in formato Pdf nativo al Centro Regionale del Rischio Clinico (crrc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio 2020 (come da determina Regione Lazio n. **G00164**, del 11/01/2019).

12. 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”;

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

12. 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’”;
13. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’”;
14. 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”;
15. Decreto Regione Lazio DCA U00469 del 07/11/2017, 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
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. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
18. Decreto del Commissario ad Acta del 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”;
19. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017”.
20. Determinazione n. G07551 del 25/06/2020 recante “Approvazione del <<Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica>> e del <<Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio>>”.
21. Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 recante “Adozione del <<Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)>>”.
22. Nota REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.U.0091714.22-01-2024 “Piano Annuale di gestione Rischio Sanitario 2024 (PARS)

13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

In questa sezione andranno elencati i riferimenti bibliografici e sitografici consultati per la redazione del documento. Se ne elencano alcuni a mero titolo di esempio:

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;

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

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. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

ALLEGATO:

Piano Di Intervento Regionale Sull'igiene Delle Mani Piano d'Azione Locale Nomentana Hospital

In ottemperanza a quanto disposto nel Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani, il Nomentana Hospital ha provveduto a redigere il nuovo questionario di autovalutazione sotto riportato, aggiornato alla data del 31 dicembre 2023; il nuovo piano d'azione locale del Nomentana Hospital, prevede di mantenere e dove possibile innalzare i livelli raggiunti per le categorie previste, implementando gradualmente gli item entro il 31 dicembre 2024.

Questionario di autovalutazione al 31 dicembre 2021

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE			
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
TOTALE SEZIONE A		55	TABELLA A2 INTERMEDIO
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE			
TOTALE SEZIONE B		80	TABELLA B2 AVANZATO
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK			
TOTALE SEZIONE C		30	TABELLA C2 BASE
SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE			
TOTALE SEZIONE D		60	TABELLA D2 INTERMEDIO
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT			
TOTALE SEZIONE E		50	TABELLA E2 BASE

Questionario di autovalutazione al 31 dicembre 2022

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
TOTALE SEZIONE A (INTERMEDIO)		55
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE		
TOTALE SEZIONE B (AVANZATO)		80
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 - Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente? (almeno ogni tre mesi)	SI'	5
C.3.2 - Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni tre mesi)	NO	0
C.5 Feedback		
C.5.2 - <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
C.5.3 - <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	SI'	7,5
TOTALE SEZIONE C (BASE)		42,5

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE		
TOTALE SEZIONE D (INTERMEDIO)		60
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica dell'igiene delle mani		
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	SI'	5
TOTALE SEZIONE E (INTERMEDIO)		60

Questionario di autovalutazione al 31 dicembre 2023

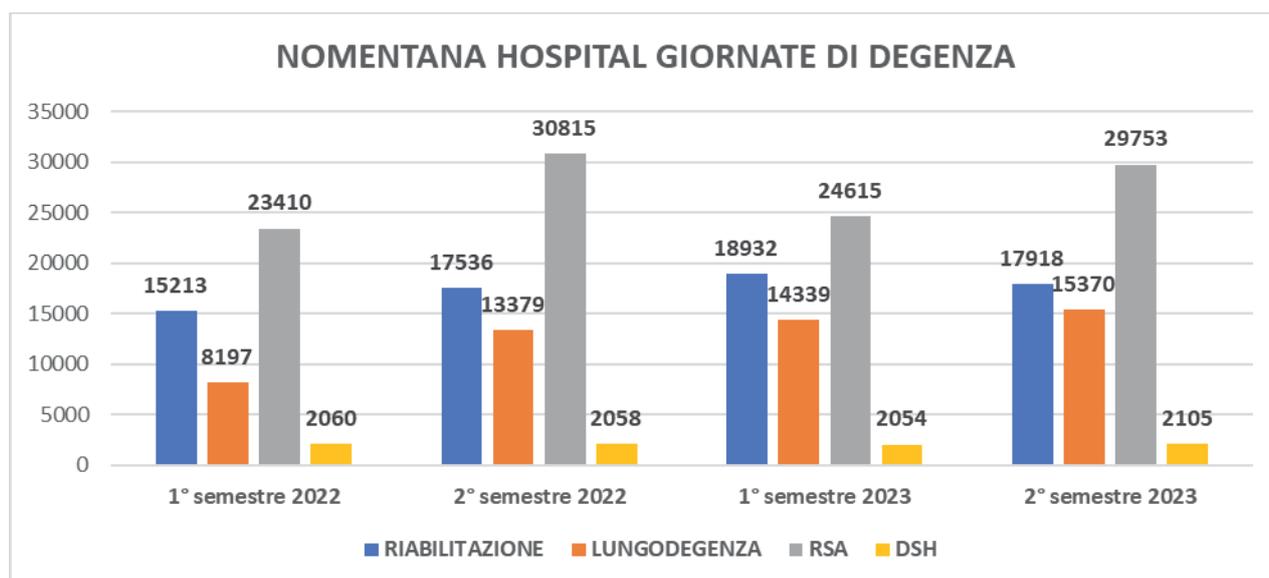
PIANO DI AZIONE LOCALE NOMETANA HOSPITAL

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	0	SI'	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0	SI'	15
TOTALE SEZIONE A AVANZATO		55 INTERMEDIO		80 AVANZATO
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali				
B.2.2 - Piano di azione locale per l'implementazione del piano di intervento regionale	NO	0	SI'	5
TOTALE SEZIONE B AVANZATO		80 AVANZATO		85 AVANZATO
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani				
C.3.2 - Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni tre mesi)	SI' (NO)	0	SI'	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani -				
NB: Rispondere solo gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di Intervento Regionale				
C.4.1 - Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel piano di intervento regionale?	NO	0	ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 - Qual è nella struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	60%	15	≥81%	30
C.5 Feedback				
C.5.2 - Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	SI' (NO)	0	SI' (NO)	0
TOTALE SEZIONE C INTERMEDIO		42,5 BASE		72,5 INTERMEDIO
SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE				
D.4 - sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	60	SI' (NO)	0
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023
TOTALE SEZIONE D 60 INTERMEDIO		60 INTERMEDIO		60 INTERMEDIO
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica dell'igiene delle mani				
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione di igiene delle mani?	NO	0	SI' (NO)	0
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:				
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0	SI' (NO)	0
TOTALE SEZIONE E INTERMEDIO		55 INTERMEDIO		55 INTERMEDIO

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)



ATTIVITA' 1 – C.3. Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani – monitoraggio trimestrale di consumo di prodotto a base alcolica C.3.1

CONSUMO DI GEL IDROALCOLICO ANNO 2023 SUDDIVISO PER AREE ASSISTENZIALI E PER TRIMESTRI (LT/100 GG DEGENZA ORDINARIA)

	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
RIABILITAZIONE	0,45	0,32	0,33	0,48
LUNGODEGENZA	0,53	0,5	0,67	0,58
RSA	0,34	0,51	0,27	0,49
HOSPICE	0,68	0,98	1,51	1,63

ATTIVITA' 1 – C.3. Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani – monitoraggio trimestrale di consumo sapone C.3.2

CONSUMO SAPONE MANI ANNO 2023 SUDDIVISO PER AREE ASSISTENZIALI PER TRIMESTRI (LT/100 GG DI DEGENZA ORDINARIA)

	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
RIABILITAZIONE	0,38	0,13	0,19	0,2
LUNGODEGENZA	0,6	0,65	1,1	0,39
RSA	0,08	0,04	0,1	0,1

C.4.1 - Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel piano di intervento regionale?

Nel Nomentana Hospital è ormai consolidato il sistema di rilevazione così come declinato dal punto C.4.1 da parte di rilevatori, adeguatamente formati, che producono una serie di reparto con periodicità mensile, convogliando i risultati direttamente all'interno di un database per l'elaborazione dei dati

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

ATTIVITA' 4 – C.5. Feedback – C.5.3 – Feedback sistematico: Viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni sei mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori di igiene delle mani e l'andamento del tempo alla Direzione Sanitaria?

REPORT IGIENE DELLE MANI ANNO 2023

PREMESSA

Il presente Report analizza la *compliance* relativa all'igiene delle mani registrata durante il 1° SEMESTRE 2023 all'interno delle Unità Operative del NOMETANA HOSPITAL (Casa di Cura privata accreditata) seguendo le indicazioni previste dall'Organizzazione Mondiale della Sanità www.who.int/gpsc/en/index.html

Un gruppo di infermieri/coordinatori infermieristici è stato formato *ad hoc* allo scopo di valutare l'adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.

La registrazione dei dati è stata eseguita mediante la compilazione di moduli cartacei costruiti secondo i contenuti della check list allestita dall'OMS.

Tali registrazioni sono state effettuate nel corso dell'attività assistenziale durante opportunità che prevedevano una o più delle cinque indicazioni all'igiene delle mani previste dall'OMS.

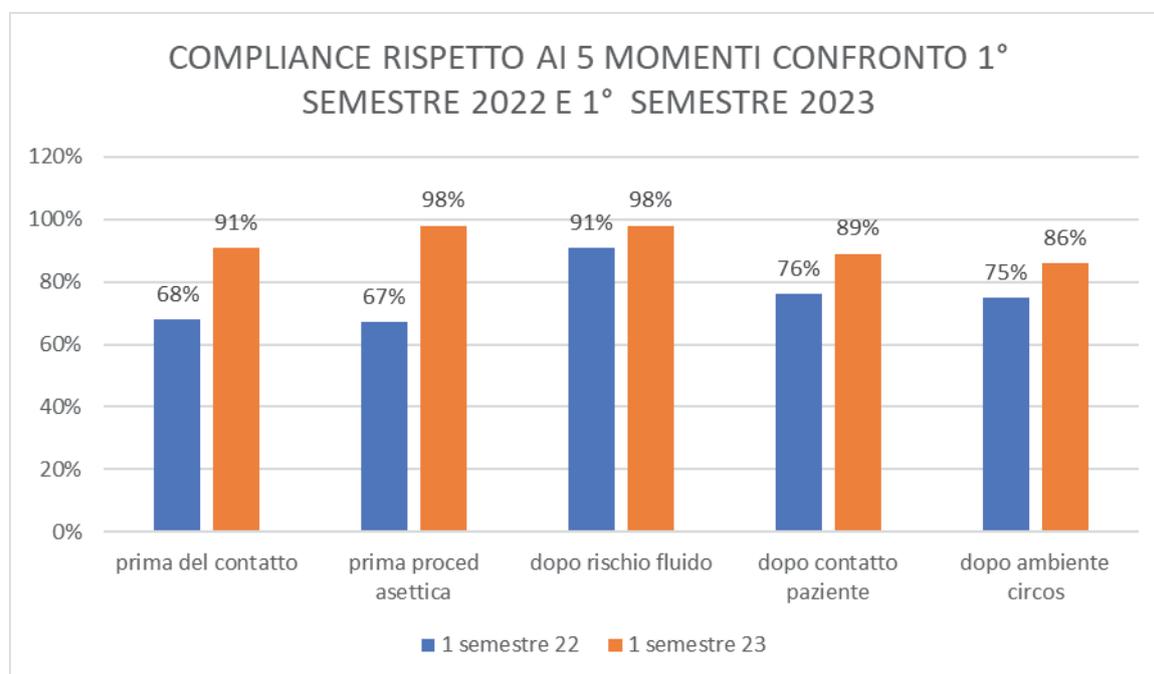
La sorveglianza ha interessato le **Unità Operative del NOMETANA HOSPITAL**;

sono state monitorate **2556 indicazioni** di igiene delle mani primo semestre e **1025 indicazioni** di igiene delle mani, suddivise come riportato nelle tabelle 1 e 2

1° SEMESTRE 2023			
IND.	OPP.	AZIONI	%
Pr. Cont.	958	867	91%
Pr. As.	358	351	98%
Dp. Fluido	361	353	98%
Dp. Cont.	490	438	89%
Dp. Circ.	389	335	86%
TOTALE	2556	2344	92%

2° SEMESTRE 2023			
IND.	OPP.	AZIONI	%
Pr. Cont.	319	257	81%
Pr. As.	141	128	91%
Dp. Fluido	173	165	95%
Dp. Cont.	249	220	88%
Dp. Circ.	143	113	86%
TOTALE	1025	883	86%

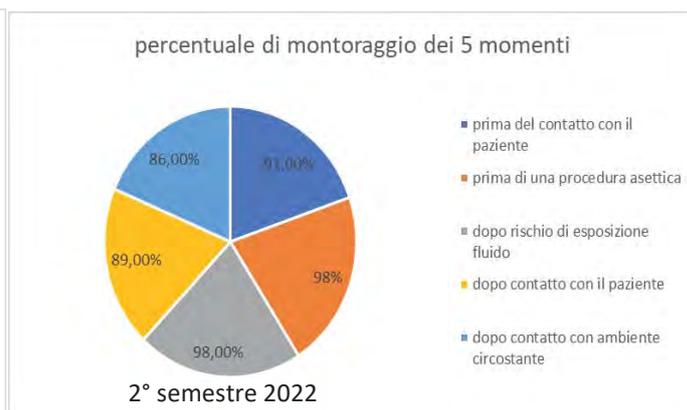
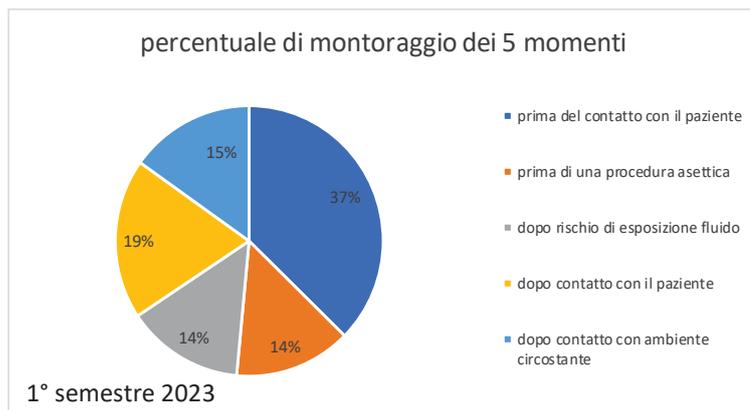
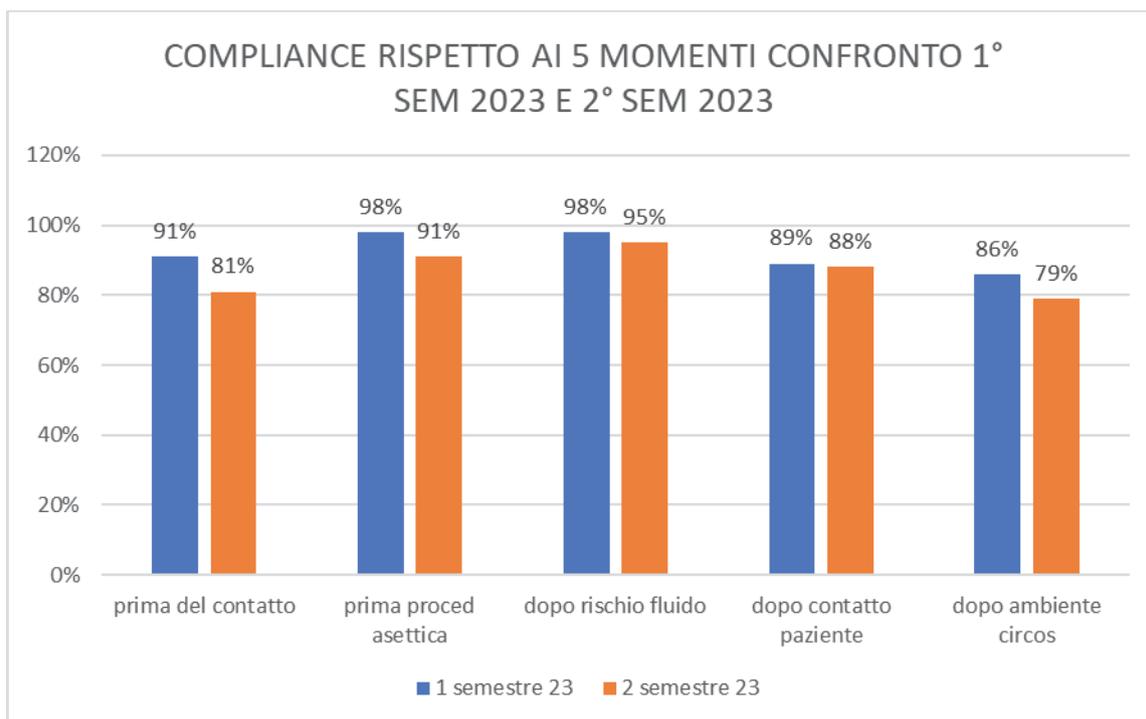
Tab. 1 e 2 Frequenza registrata delle 5 indicazioni all'igiene delle mani OMS e relativa compliance ai 5 momenti nel 1° e 2° semestre 2023



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)



Percentuale registrata delle 5 indicazioni all'igiene delle mani OMS 1° e 2° semestre 2023

1° SEMESTRE 2023		
CATEGORIA	N. OPP.	%
INFERMIERE	1185	46%
OSS	1073	42%
MEDICO	130	5%
FKT	115	4%
ASS	5	0,2%
TIR OSS	48	1,9%
TOTALE	2556	100%

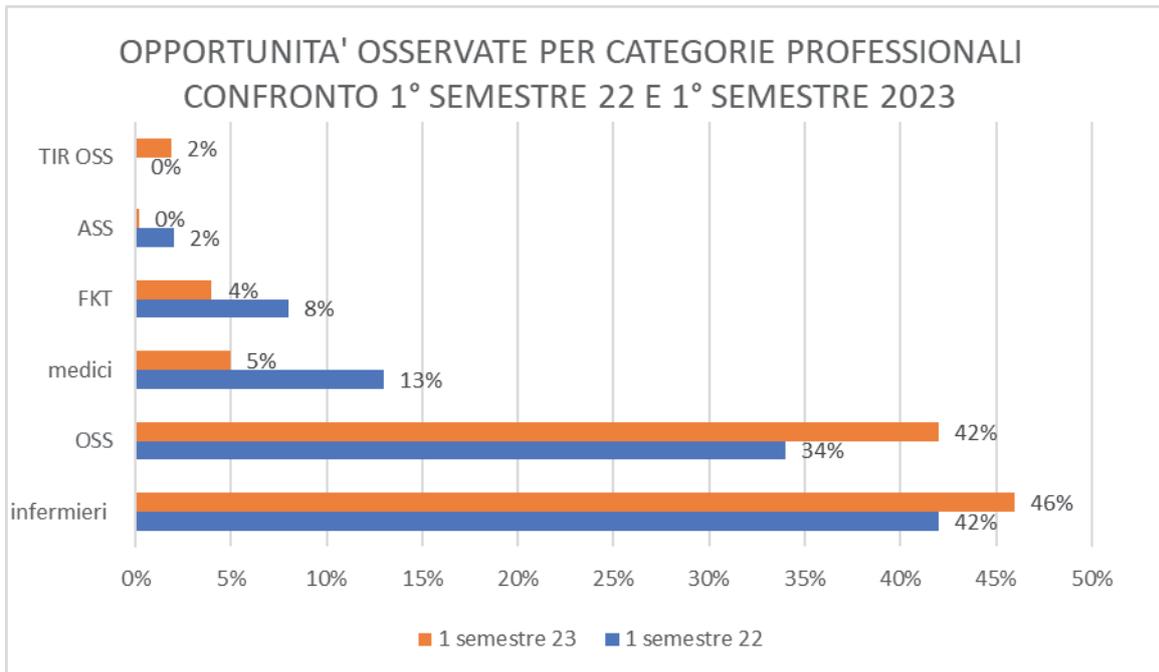
2° SEMESTRE 2023		
CATEGORIA	N. OPP.	%
INFERMIERE	490	48%
OSS	442	43%
MEDICO	51	5%
FKT	12	1%
ASS	4	0,4%
TIR OSS	26	3%
TOTALE	1025	100%

Tab. 3 e 4 frequenza delle opportunità per categoria professionale 1° e 2° semestre 2023

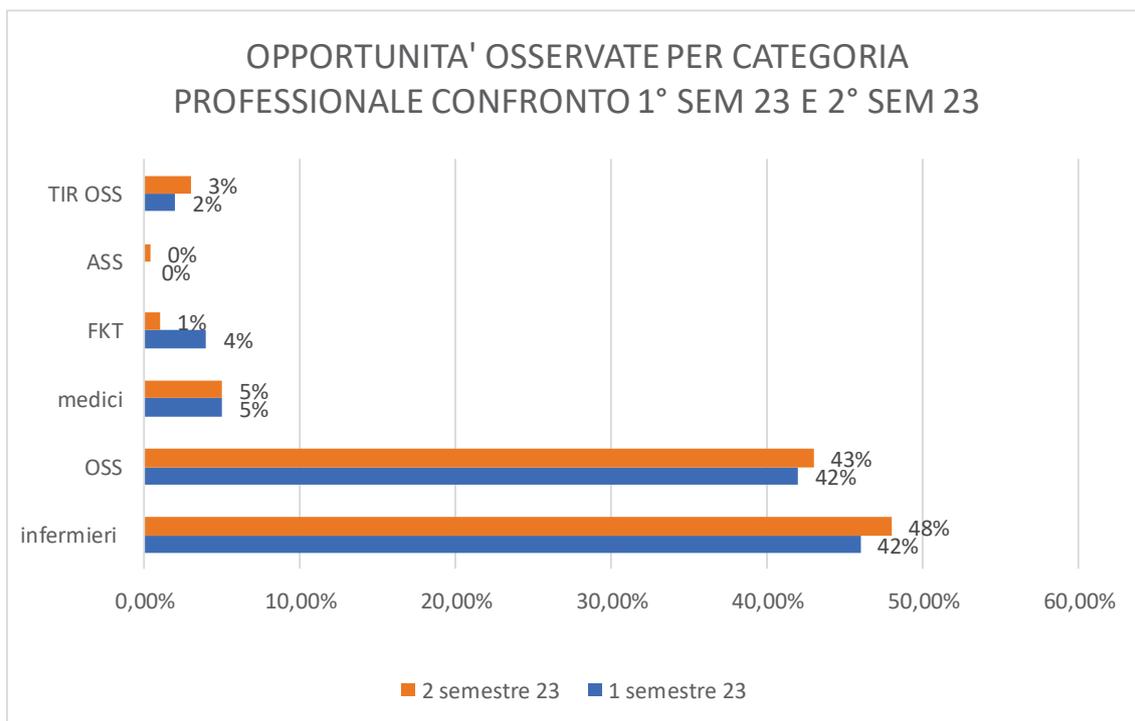
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)



Compliance per categoria professionale 1° semestre 2022 e 1° semestre 2023



Compliance per categoria professionale 1° e 2° semestre 2023

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

1° SEMESTRE 2023			
COMPLIANCE PER CATEGORIA PROFESSIONALE			
CATEGORIA	N° OPP.	N° AZ.	%
INFERMIERE	1185	1071	90%
OSS	1073	994	93%
MEDICO	130	79	61%
FKT	115	56	49%
ASS	5	5	100%
TIROC OSS	48	42	88%
TOTALE	2556	2342	92%

2° SEMESTRE 2023			
COMPLIANCE PER CATEGORIA PROFESSIONALE			
CATEGORIA	N° OPP.	N° AZ.	%
INFERMIERE	490	460	94%
OSS	442	384	87%
MEDICO	51	21	41%
FKT	12	2	17%
ASS	4	4	100%
TIROC OSS	26	12	46%
TOTALE	1025	883	86%

Tab 5 e 6: Compliance per categoria professionale 1° e 2° semestre 2023

DATI PER UNITA' OPERATIVA

Di seguito è riportato il numero di rilevazioni per UO con la relativa compliance raggiunta nel primo e nel secondo semestre 2023.

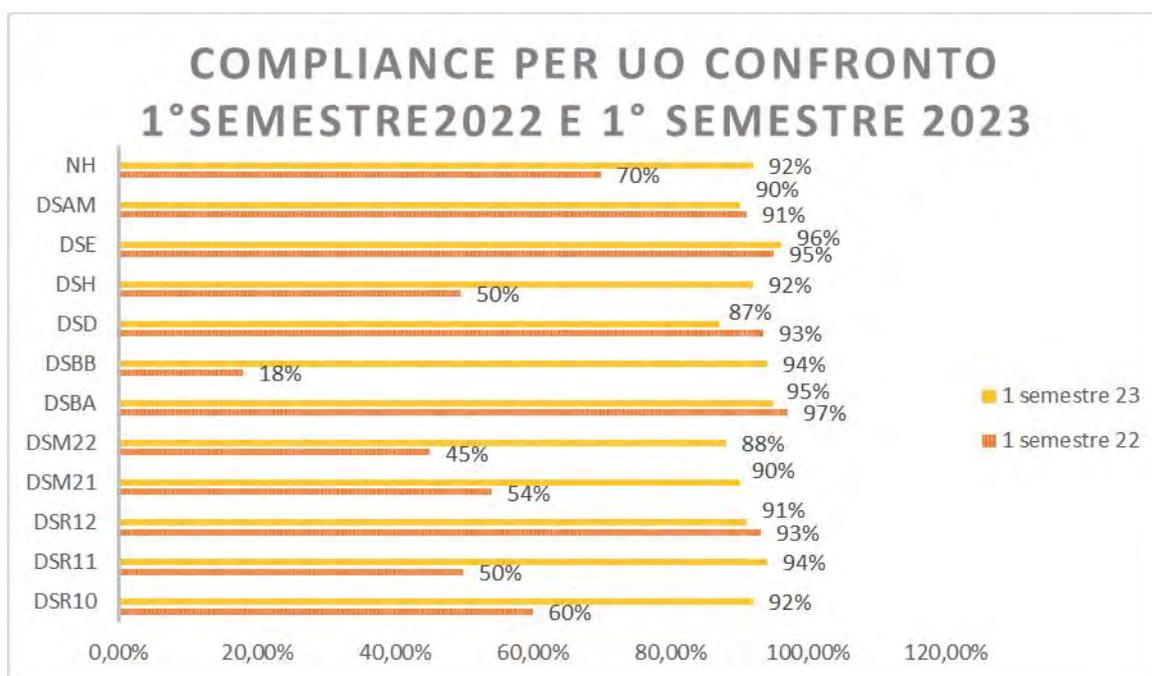
1° semestre 2023

UO	RILEVAZIONI	AZIONI	COMPLIANCE
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR10	185	170	92%
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR11	199	188	94%
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR12	240	218	91%
LUNGODEGENZA COD 60 - DSM22	229	202	88%
LUNGODEGENZA COD 60 - DSM21	212	190	90%
POLIAMBULATORIO - DSAM	121	109	90%
RSA ALTO MANTENIMENTO - DSBB	235	220	94%
RSA BASSO MANTENIMENTO - DSBA	280	266	95%
EX ART. 26 - DSD	263	229	87%
CENTRO EMODIALISI - DSE	259	248	96%
HOSPICE RESIDENZIALE - DSH	332	306	87%
Totale	2555	2346	92%

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)



Rilevazioni e compliance per ogni Unità logistica 1° semestre 2023 e 1° semestre 2022

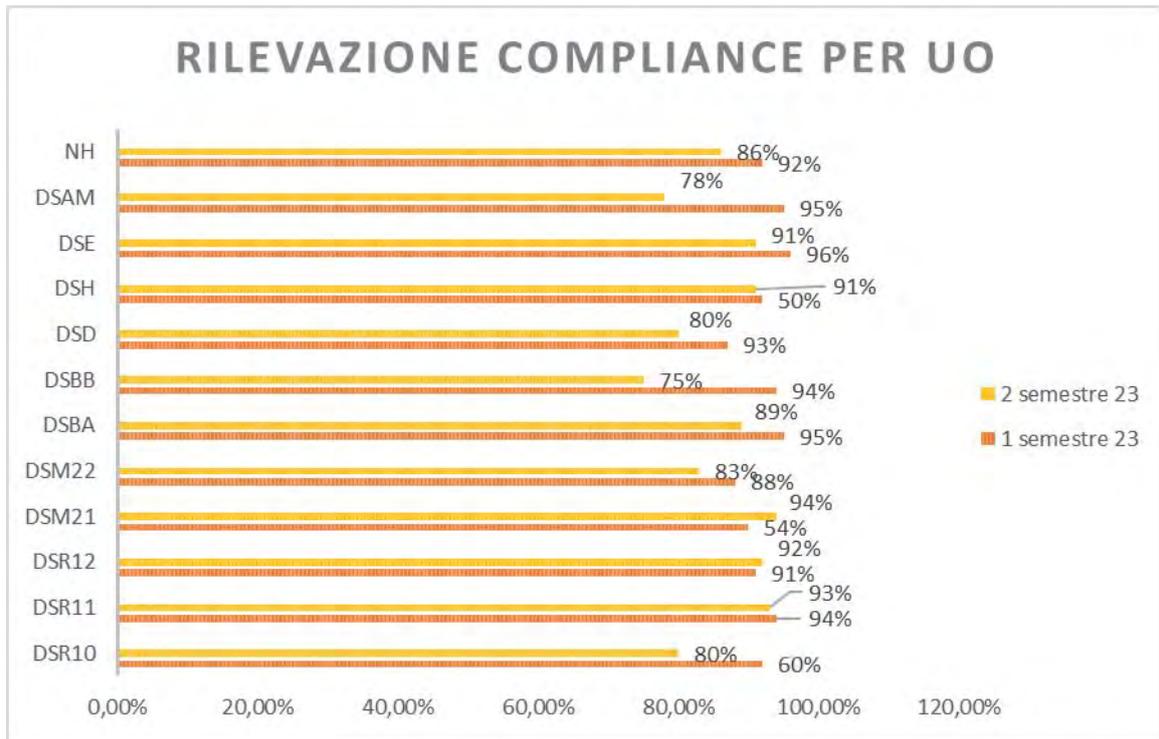
2° semestre 2023

UO	RILEVAZIONI	AZIONI	COMPLIANCE
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR10	76	61	80%
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR11	74	69	93%
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR12	79	73	92%
LUNGODEGENZA COD 60 - DSM22	99	82	83%
LUNGODEGENZA COD 60 - DSM21	77	72	94%
POLIAMBULATORIO - DSAM	82	72	78%
RSA ALTO MANTENIMENTO - DSBB	142	106	75%
RSA BASSO MANTENIMENTO - DSBA	66	59	89%
EX ART. 26 - DSD	98	78	80%
CENTRO EMODIALISI - DSE	98	89	91%
HOSPICE RESIDENZIALE - DSH	134	122	91%
Totale	1025	883	86%

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)



Rilevazioni e compliance per ogni Unità logistica 1° semestre e 2° semestre 2023

IMPLEMENTAZIONE

Si prevede quindi di implementare il sistema già dal prossimo semestre, integrando anche i dati riguardanti la cura delle mani e l'uso dei guanti.

Il confronto tra i due report potrà quindi evidenziare le aree di miglioramento.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Pianificazione delle attività al 31/12/2024

Oltre al mantenimento degli standard già ottenuti così come riportato in precedenza, si riportano di seguito gli obiettivi il cui raggiungimento è fissato entro il 31 dicembre 2024 e se ne declinano in dettaglio le attività.

PIANO DI AZIONE LOCALE NOMETANA HOSPITAL				
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
A.1 - Nella struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e etrapia intensiva	10	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e etrapia intensiva	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	SI'	10	SI'	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	SI'	15	SI'	15
A.5 - E' previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	SI'	15	SI'	15
TOTALE SEZIONE A AVANZATO		80 AVANZATO		80 AVANZATO
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
B.1 Formazione degli operatori sanitari				
B.1.1 - Nella struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	UNA TANTUM	5	UNA TANTUM	5
B.1.2 - Esiste un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	SI'	20	SI'	20
B.2 Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali				
B.2.1 - Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	SI'	5	SI'	5
B.2.2 - Piano d'azione locale per l'implementazione del piano di intervento regionale	SI'	5	SI'	5
B.2.3 - Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	0	NO	0
B.2.4 - Poster informativi	SI'	5	SI'	5
B.3 Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani	SI'	15	SI'	15
B.4 - E' presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	SI'	15	SI'	15
B.5 - Esiste un badget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	SI'	15	SI'	15
TOTALE SEZIONE B AVANZATO		85 AVANZATO		85 AVANZATO
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc)	SI'	10	SI'	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente				
C.2.1 - Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0	NO	0
C.2.2 - Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0	NO	0
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani				
C.3.1 - Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente? (almeno ogni tre mesi)	SI'	5	SI'	5
C.3.2 - Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni tre mesi)	SI'	5	SI'	5
C.3.3 - Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0	SI'	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani				
NB: Rispondere solo gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale				
C.4.1 - Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel piano di intervento regionale?	Ogni 3 mesi o meno	15	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 - Qual è nella struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≥81%	30	≥81%	30
C.5 Feedback				
C.5.1 - Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0	NO	0
C.5.2 - Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	SI' (NO)	0	SI'	7,5
C.5.3 - Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	SI'	7,5	SI'	7,5
TOTALE SEZIONE C INTERMEDIO		72,5 INTERMEDIO		85 AVANZATO

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?				
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	25	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	15	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	10	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Almeno una volta l'anno	10	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati	NO	0	NO	0
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0	SI'	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0	NO	0
TOTALE SEZIONE D 60 INTERMEDIO	60 INTERMEDIO		85 AVANZATO	
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica dell'igiene delle mani				
E.1.1 - Esiste un team definito?	SI'	5	SI'	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	SI'	5	SI'	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione di igiene delle mani?	NO	0	NO	0
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?				
E.2.1 - Direzione Generale?	SI'	10	SI'	10
E.2.2 - Direzione Sanitaria?	SI'	5	SI'	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	SI'	5	SI'	5
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio ?	NO	0	NO	0
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?				
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	SI'	5	SI'	5
E.4.2 - Riconoscere ed utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	SI'	5	SI'	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:				
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0	SI'	5
E.5.2 - E' stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0	NO	0
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:				
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	SI'	5	SI'	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	SI'	5	SI'	5
E.6.3 - E' presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0	NO	0
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0	NO	0
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0	NO	0
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	SI'	5	SI'	5
TOTALE SEZIONE E INTERMEDIO	55 INTERMEDIO		60 INTERMEDIO	

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

PIANO DI AZIONE LOCALE NOMETANA HOSPITAL				
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
TOTALE SEZIONE A INTERMEDIO		80 AVANZATO		80 AVANZATO
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE				
TOTALE SEZIONE B AVANZATO		85 AVANZATO		85 AVANZATO
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
C.3.3 - Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0	SI'	5
C.5 Feedback				
C.5.2 - Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	SI' (NO)	0	SI'	7,5
TOTALE SEZIONE C INTERMEDIO		72,5 INTERMEDIO		85 AVANZATO
SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?				
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Almeno una volta l'anno	10	Ogni 2-3 mesi	15
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0	SI'	10
TOTALE SEZIONE D 60 INTERMEDIO		60 INTERMEDIO		85 AVANZATO
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:				
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0	SI'	5
TOTALE SEZIONE E INTERMEDIO		55 INTERMEDIO		60 INTERMEDIO

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2024.

ATTIVITA' 1 – C.3.3 - Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?

INDICATORE – SI'

FONTE – CRRC Regione Lazio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	DSai	DSsf	Uff. Acq.
1. Variazione sistema di erogazione dispenser a muro gel alcolico	I	C	C	C	C	R
2. Incremento dei punti di erogazione gel alcolico	I	C	C	I	C	R
3. Attività di formazione igiene delle mani	C	I	C	R	I	I
4. Monitoraggio attività di rilevazione compliance igiene delle mani	R	C	C	C	I	I

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2024.

ATTIVITA' 2 – C.5.2 - **Feedback sistematico:** viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?

INDICATORE – SI'

FONTE – CRRC Regione Lazio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	DSai
1. Incontri con Responsabili e Coordinatori di U.O. in Aula Magna.	R	C	C	C

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2024.

ATTIVITA' 3 – D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una verifica periodica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?

INDICATORE – SI' - Ogni 2-3 mesi

FONTE – CRRC Regione Lazio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	DSai
1.incremento della frequenza delle verifiche periodiche	C	I	R	I

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2024.

ATTIVITA' 4 – D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?

INDICATORE – SI'

FONTE – CRRC Regione Lazio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	DSai
1. Verifica trimestrale della quantità di opuscoli informativi a disposizione degli Utenti.	C	I	R	I

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2024

Qualità e Risk Management

(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2024.

ATTIVITA' 5 –

E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?

INDICATORE – SI'

FONTE – CRRC Regione Lazio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	DSai	DSup
1. Consegna opuscolo informativo durante primo contatto di accoglienza.	C	I	I	I	R