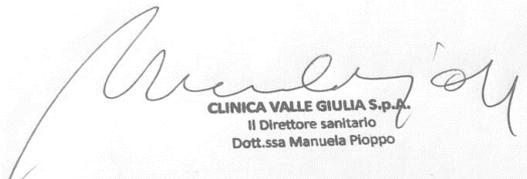
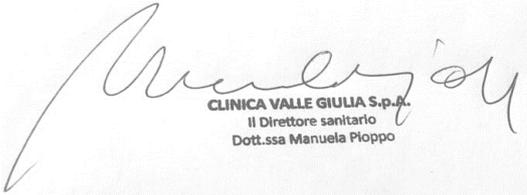


# PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) *anno 2024*

	NOME E FUNZIONE	FIRMA
<b>REDAZIONE e VERIFICA</b>	<i>Dr. Manuela Pioppo</i> Direttore Sanitario	
	<i>Dr. Manuela Pioppo</i> Risk Manager	
<b>APPROVA- ZIONE E VALI- DAZIONE</b>	<i>Dott. Sergio Garofalo</i> Rappresentante Legale	

REV.	CODIFICA	STATO	DATA
<b>0.0</b>	PARS-2024	<b>Approvato</b>	21.02.2024

<b>1. PREMESSA .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI         EROGATI.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA .....</b>	<b>16</b>
<b>1.4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE.....</b>	<b>16</b>
<b>2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS .....</b>	<b>23</b>
<b>3. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO .....</b>	<b>24</b>
<b>4. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....</b>	<b>28</b>
<b>5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....</b>	<b>35</b>
<b>6. PIANO DI AZIONE LOCALE.....</b>	<b>36</b>
<b>7. RIFERIMENTI NORMATIVI.....</b>	<b>36</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....</b>	<b>37</b>

---

## 1. PREMESSA

La Regione Lazio mediante l'emanazione della **Determinazione G 00643 del 25/01/2022** avente ad oggetto l'Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" ha stabilito che tutte strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l'ARES 118, nell'elaborazione e nell'adozione del PARS dovranno attenersi a quanto previsto dal suddetto documento di indirizzo.

La Determina prevede che tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l'ARES 118 trasmettano il PARS in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico via mail ([crrc@regione.lazio.it](mailto:crrc@regione.lazio.it)) entro il 28 febbraio di ogni anno.

Il PARS deve essere disponibile (come documento o come link che rimanda al documento) sulla home page della Struttura. Nel caso in cui si decida di collocarlo all'interno della pagina relativa all'Amministrazione Trasparente, sulla Home page della Struttura.

**La Determina G 00643 del 25/01/2022 prevede la redazione annuale del PARS** (Piano Annuale del Rischio Sanitario) con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Definire in maniera ancora più puntuale i ruoli e le responsabilità.
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;
- Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.

**Il Piano Annuale per la gestione del Rischio sanitario (PARS)** è lo strumento aziendale per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi e per una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita.

---

L'Azienda, attraverso le politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

La Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A ha strutturato una serie di iniziative volte ad aumentare la consapevolezza degli operatori nell'individuare le cause puntando a sviluppare una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e sulla previsione dei possibili rischi e dei processi di gestione del rischio, contribuendo attivamente al miglioramento delle condizioni di lavoro e del clima per la sicurezza all'interno della struttura di appartenenza.

La finalità cardine è quella di conoscere gli eventi che accadono più frequentemente in modo tale da poter analizzare le cause profonde e porre in atto delle azioni correttive al fine di evitarne il ripetersi.

Per la gestione del Rischio Clinico e infettivo e la promozione della Sicurezza dei Pazienti si devono necessariamente perseguire i seguenti obiettivi:

- promuovere la cultura della sicurezza sia per gli operatori che i pazienti;
- rilevare/aggiornare i rischi presenti nella realtà aziendale;
- intraprendere azioni mirate ad individuare, ridurre e prevenire l'incidenza di eventi avversi per pazienti ed operatori;
- migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti;
- dare un ruolo più attivo al cittadino-fruitori o al paziente stesso, mediante un maggiore coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio (gestione dei consensi informati);
- migliorare i livelli di comunicazione: comunicazione interna, comunicazione difficile;
- continua applicazione di buone pratiche e raccomandazioni del Ministero della Salute;
- favorire lo sviluppo di strumenti per la sicurezza del paziente.

Anche l'anno 2023 ha visto l'implementazione di un sistema di gestione del rischio basato sul coinvolgimento degli operatori, strutturando attività finalizzate alla individuazione, valutazione e prevenzione dei rischi presenti all'interno dell'organizzazione sanitaria, in particolare si sono avviate e consolidate le seguenti attività:

- l'analisi proattiva dei rischi aziendali attraverso l'applicazione della metodologia FMEA e la riemissione della mappa dei rischi in data 30.06.2023 (in cui viene preso in considerazione anche il Rischio da COVID-19 ed il rischio relativo alle infezioni);
- la formazione/informazione degli operatori sui rischi individuati;
- la formazione di corsi base e specifici sul rischio clinico per gli operatori;
- la formazione di corsi base e specifici sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza per gli operatori;

- 
- l'aggiornamento/implementazione di sistemi procedurali di segnalazione degli eventi;
  - l'aggiornamento/implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali;
  - la redazione del piano regionale per il lavaggio delle mani;
  - l'eventuale revisione/aggiornamento/implementazione delle procedure e istruzioni operative.

Il processo aziendale di gestione del Rischio è gestito dal Risk Manager e dal Direttore Sanitario supportato dai Responsabili delle aree.

Il Piano Annuale **per la gestione del Rischio sanitario (PARS)** rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi. La struttura, con la figura del Risk Manager e del Direttore Sanitario e attraverso le politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

Il presente PARS rappresenta, quindi, lo strumento strategico che la struttura utilizza per la contenimento dei rischi legati all'attività clinica e riporta, quindi, gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale per l'anno 2024, implementando e potenziando quelle misure già avviate negli anni precedenti.

Tale programmazione si prefigge l'obiettivo di prevenire e controllare efficacemente gli eventi avversi, agendo su fattori tecnici, organizzativi e di processo estremamente interconnessi tra di loro, nell'ottica del miglioramento della qualità delle cure erogate.

Il presente PARS racchiude anche le iniziative che la struttura intende continuare ad intraprendere per contenere il fenomeno delle ICA per i pazienti e per gli operatori sanitari, in un'ottica di promozione e miglioramento continuo della qualità di assistenza erogata.

La sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA), rilevando i casi di infezione, consente di mettere in pratica adeguati interventi finalizzati ad evitare ulteriori casi.

La sorveglianza delle Infezioni correlate all'assistenza (ICA) ha l'obiettivo di controllare eventuali infezioni e intervenire per evitare ulteriori casi. Essa è essenziale per promuovere la qualità dell'assistenza, riducendo il rischio di infezioni per pazienti, visitatori e operatori sanitari. La disponibilità di sistemi di sorveglianza e di monitoraggio delle ICA è necessaria per mantenere alto il livello di attenzione e definire dimensioni e caratteristiche del problema. Controllare le ICA e l'antimicrobicoresistenza può indirizzare meglio gli ulteriori interventi di prevenzione, monitorare i progressi mediante l'utilizzo di indicatori specifici e individuare tempestivamente eventi sentinella ed epidemie.

Nella Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A. viene effettuata anche una analisi proattiva dei rischi aziendali attraverso l'applicazione della metodologia FMEA.

---

La conoscenza del proprio contesto organizzativo è fondamentale ai fini della predisposizione delle politiche di Governo Clinico.

### **1.1. CONTESTO ORGANIZZATIVO**

La Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A. è situata in Roma nel territorio del 2° Municipio dell'ASL Roma 1, quartiere Parioli, in Via Giuseppe de Notaris n. 2/b.

La Struttura è stata edificata nel 1956 e si estende per 2.583 mq.

La Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A. è autorizzata con Determinazione della Regione Lazio n° G17269 del 07 Dicembre 2022 per le seguenti attività sanitarie:

Attività ricovero in acuzie (Raggruppamento Chirurgico):

- Unità funzionale di degenza Chirurgia Generale di 10 posti letto
- Unità funzionale di degenza Ginecologia di 10 posti letto (senza attività di ostetricia)
- Unità funzionale di degenza Ortopedia di 10 posti letto.

Attività ambulatoriale:

- Laboratorio analisi
- Anestesia
- Cardiologia
- Oculistica
- Ortopedia
- Diagnostica per immagini – Radiologia diagnostica
- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
- Neurologia
- Otorinolaringoiatria
- Urologia
- Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
- Oncologia

Presidio Chirurgico PC2 e Diagnostica Endoscopica

Centro di Procreazione Medicalmente assistita di III Livello

Reparto Operatorio (n. 2 sale operatorie + n. 1 ambulatorio chirurgico + n.1 sala chirurgica PMA III Livello)

Servizio di Sterilizzazione (in service)

Frigoemoteca (convenzione con la ASL Roma 1-U.O.C. SIMT presso il P.O: San Filippo Neri).

Il nostro obiettivo è da sempre quello di offrire un'assistenza sanitaria di alto livello unita ad un particolare riguardo nei confronti del paziente, che viene accolto in un ambiente confortevole e

trattato con la massima cortesia e disponibilità. La qualità delle prestazioni sanitarie è garantita dalla provata professionalità dell'equipe medica e del personale infermieristico, oltre che dall'impiego delle più moderne tecnologie.

I reparti di degenza sono dotati di camere da uno o all'occorrenza due letti fornite di tutti i servizi. Per fornire un comfort sempre maggiore e soddisfare tutte le esigenze del paziente; la clinica Valle Giulia è dotata anche di **suite** con balcone e salottino privato e di camere **superior** finemente arredate per garantire una qualità di altissimo livello; tutte con TV LCD, tecnologia Wi-fi per la navigazione internet, telefono, poltrona o divano letto per l'ospite, aria condizionata e bagno in camera.

Nella tabella seguente vengono riportati i dati strutturali della struttura relativi all'anno 2023.

**Tabella 1 – Dati strutturali e dati di attività aggregati per singolo Presidio - anno 2023**

<b>Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A.</b>			
<b>DATI STRUTTURALI</b>			
<b>Posti letto ordinari</b>	30	Chirurgia generale	10
		Ortopedia	10
		Ginecologia	10
<b>Posti letto diurni</b>	n.a.	Servizi Trasfusionali	1
		Hub	U.O.C. SIMT presso il P.O. San Filippo Neri)
<b>Blocco Operatorio</b>	1 (piano -1)	Sale operatorie	2
		Ambulatorio Chirurgico	1
<b>Centro di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) di III Livello</b>	1		
<b>Presidio Chirurgico PC2 e Diagnostica Endoscopica</b>	1		
<b>Blocco Operatorio PMA</b>	1 (piano -2)	Sala chirurgica PMA III livello	1
<b>Servizi ambulatoriali (aperti a pazienti esterni)</b>		Laboratorio analisi Diagnostica per immagini-Radiologia diagnostica	

**Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A.**

## DATI STRUTTURALI

<b>Poliambulatorio</b>	Anestesia	
	Cardiologia	
	Oculistica	
	Ortopedia	
	Chirurgia plastica e ricostruttiva	
	Neurologia	
	Otorinolaringoiatria	
	Urologia	
	Gastroenterologia e Endoscopia	
	Digestiva	
	Oncologia	

## DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI PER SINGOLO PRESIDIO (Anno 2023)\*

<b>Numero ricoveri ordinari</b>	146	<b>Numero ricoveri diurni</b>	n.a.
<b>Servizio trasfusionale (n° trasfusioni effettuate)</b>	8 trasfusioni effettuate  (4 unità emazie concentrate e 4 unità plasma fresco congelato)		
<b>Branche specialistiche</b>	12	<b>Prestazioni ambulatoriali erogate</b>	Visite ambulatoriali 7155 – interventi ambulatoriali 3475

\* Dati relativi al 31.12.2023 forniti dal Direttore Sanitario e ricavati dal Programma gestionale Equipe versione 1.54.0 e aggiornati al 31.12.2023

Di seguito vengono riportate le specificità organizzative della Clinica Valle Giulia Casa di Cura S.p.A. in relazione al rischio infettivo:

- Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) della Clinica Valle Giulia, presieduto dal Direttore Sanitario, è stato aggiornato in data 15.09.2021 ed è ancora costituito dai seguenti componenti:
  - Direttore Sanitario (Presidente)
  - Responsabile Laboratorio PMA
  - Responsabile Rischio Clinico
  - Medico Anestesista

- 
- Medico Urologo
  - Infermiere addetto al controllo delle infezioni ospedaliere (coordinatrice infermieristica del blocco operatorio e coordinatrice infermieristica Area degenza)
  - Direttore Tecnico di laboratorio
  - Referente sanitario per la prevenzione e il controllo delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) e di COVID-19.
  - Referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema interno di sorveglianza (coordinatrice infermieristica Area degenza).

Il Comitato si riunisce periodicamente, o su convocazione del presidente o segnalazione del RGQ, per analizzare le evidenze prodotte dal sistema di supervisione e controllo e dai diversi report di sorveglianza delle ICA.

Il CCIA ha il compito di vigilare e presidiare tutti gli aspetti relativi alla sorveglianza e al controllo delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale, stimolare l'utilizzo delle "best practice" finalizzate alla riduzione del rischio infettivo, sostenere il miglioramento continuo attraverso l'applicazione delle metodologie di analisi ai processi clinici.

Il Comitato vaglia e propone azioni di miglioramento, ivi comprese la attività formative che si rendano necessarie per controllare e ridurre la trasmissione dei microrganismi durante l'attività sanitaria valutando anche i dispositivi, le attrezzature e i prodotti utilizzati.

Il Comitato ICA svolge anche una specifica attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza allo scopo di promuovere un corretto uso degli antibiotici nei diversi contesti assistenziali. Sono ben note le difficoltà relative alla capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, vanificandone l'efficacia.

- Attualmente gli indicatori utilizzati per la diagnostica e il controllo delle ICA sono costituiti dal numero di isolamenti di microorganismi sentinella effettuati dal Laboratorio analisi interno e/o dal service e dal numero di diagnosi effettuate dalle eventuali consulenze infettivologiche richieste.
- I pazienti che necessitano di isolamento vengono isolati nel reparto in stanza singola appositamente identificata per questi casi (primo piano stanza n° 605) e osservando la procedura relativa all'isolamento.
- Sono stati distribuiti dispenser di gel idroalcolico e prodotti specifici per la sanificazione in tutti i piani di degenza e sono a disposizione di tutti, soprattutto, per tutti gli operatori

---

addetti all'assistenza diretta.

- Sono stati distribuiti DPI idonei allo svolgimento delle mansioni e adeguati al contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2.
- Sono stati ridefiniti gli accessi del personale, degli utenti/pazienti nella struttura e le conseguenti uscite al fine di limitare il più possibile l'eventualità di introdurre, anche se involontariamente, germi, patogeni e virus (con particolare riferimento al SARS-CoV-2).
- Nella nostra struttura non sono presenti reparti di Malattie infettive.

I dati del 2023 (confrontati con il 2022) sul consumo dei prodotti idroalcolici, prodotti sanificanti e DPI sono sintetizzati nella seguente tabella:

<b>Presidio</b>	<b>Tipologia</b>	<b>Quantità 2022</b>	<b>Quantità 2023</b>
<b>Prodotti idroalcolici</b>	<b>Gel idroalcolico mani</b>	<b>120 litri</b>	<b>18 litri</b>
<b>DPI</b>	<b>Mascherine</b>	<b>20.000</b>	<b>7.500</b>
	<b>Guanti varie misure</b>	<b>118.300</b>	<b>60.000</b>
<b>Disinfettanti</b>	<b>Disinfettante sanificazione ambienti e arredi</b>	<b>108 litri</b>	<b>267 litri</b>

La prevenzione delle infezioni rappresenta una priorità nella gestione delle prestazioni erogate dalla Clinica, sia in relazione alle infezioni da Covid-19, sia a quelle tipicamente riscontrabili nella struttura sanitaria, considerabili a moderato rischio infettivo in considerazione della durata normalmente breve dei ricoveri.

Tutto il personale sanitario è informato e formato in relazione alle modalità di prevenzione e gestione dei rischi per la Salute e la Sicurezza, inclusi quelli costituiti da infezioni correlate all'Assistenza Sanitaria.

Particolare cura viene dedicata alle attività di sanificazione degli ambienti e di disinfezione e sterilizzazione degli strumenti (di norma monouso) e delle apparecchiature (inclusi i relativi accessori) impiegate.

In fase di ricovero il Paziente e i propri congiunti vengono informati dal personale medico e infermieristico rispetto alle esigenze di una condotta improntata alla prevenzione delle infezioni, richiedendo in particolare frequenti lavaggi delle mani impiegando i saponi e gel idroalcolici disponibili in Clinica.

Ulteriori informazioni sono rilasciate dal personale in relazione all'infezione Covid-19 in relazione alle disposizioni delle Autorità di riferimento e alle procedure interne predisposte in relazione a tali disposizioni.

Il personale medico dei reparti, nel rispetto e nei limiti dei protocolli terapeutici riconosciuti applicati in Clinica, ha intrapreso un percorso che si basa su metodologie di "anti-microbial

stewardship" volte a ottimizzare le terapie antibiotiche al fine di minimizzare i rischi associati agli effetti collaterali, alle resistenze batteriche e alle interazioni indesiderate con le terapie somministrate al paziente.

A partire da febbraio 2023 è stato implementato un sistema di sorveglianza attiva delle batteriemie da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) tramite l'esecuzione di tamponi rettali/coprocoltura, per la ricerca di batteri multiresistenti, su base volontaria facendo sottoscrivere ai pazienti apposito consenso M-CRE-3 "Informativa e consenso screening ricerca pazienti colonizzati da germi multiresistenti".

Tutti i pazienti volontari sottoposti alla sorveglianza attiva sono risultati negativi al tampone per la ricerca degli organismi responsabili delle batteremie da CRE.

Gli antibiotici vengono somministrati solo in fase perioperatoria seguendo le Linee Guida Regionali per la profilassi antibiotica in chirurgia.

Gli antibiotici sotto monitoraggio sono dispensati dal Responsabile del deposito farmaceutico ai reparti degenza e al blocco operatorio, dietro prescrizione del Medico. È proseguita anche nel 2023 una reportistica periodica sul consumo degli antibiotici nella struttura da parte delle Coordinatrici infermieristiche e del responsabile del deposito farmaceutico mediante apposita modulistica M-ICA-2 Monitoraggio consumo antibiotici.

Il consumo di antibiotici nel 2023 è stato di 3.517,2 gr, invece nell'anno 2022 si è avuto un consumo di 4.496,8 gr.

In conclusione, si evidenzia l'assenza, nel corso del 2023, di casi di infezioni potenzialmente correlate all'Assistenza sanitaria prestata in regime di ricovero presso la Clinica ad eccezione di un versamento pleurico riscontrato in data il 22.04.23 in paziente sottoposto a turp, tc del 20.04.23.

L'altra infezione rilevata invece riguarda un paziente con infezione preesistente all'ingresso in Clinica e confermato dal nostro laboratorio analisi (1 infezione rilevata su liquido periprotetico in occasione di revisione di protesi d'anca).

Lo studio delle infezioni del 2023 è stato condotto attraverso l'analisi della documentazione clinica di tutti i degenti presso la Clinica e le Check list controllo ICA (M-ICA-3). I dati raccolti sono riassunti nella tabella seguente:

<b>Sede dell'Infezione</b>	<b>N° Casi</b>	<b>Note</b>	<b>Consumo antibiotici totali 2023 (*)</b>
<b>Infezioni da COVID -19</b>	/		

Sede dell'Infezione	N° Casi	Note	Consumo antibiotici totali 2023 (*)
<b>Infezioni del Basso Tratto Respiratorio, esclusa polmonite</b>	1	Riscontrato un versamento pleurico trattato con antibiotico per 3 giorni	Totale annuale consumo antibiotici anno 2023:  3.517,2 gr
<b>Infezioni del Tratto Urinario</b>	/		
<b>Infezioni di Occhio, Orecchio, Naso, Cavità Orale</b>	/		
<b>Infezioni di Cute e Tessuti Molli</b>	/		
<b>Altro</b>	1	Riscontrata il 17.02.23 una infezione da Staphylococcus Epidermidis in paziente operato in Clinica per revisione di protesi d'anca – imposta terapia antibiotica come da antibiogramma	

(\*) Il quantitativo degli antibiotici totali si riferisce sia alla profilassi perioperatoria effettuata compresa la PMA sia agli antibiotici somministrati per infezioni sopraggiunte e/o confermate.

#### **AZIONI CONTENIMENTO INFEZIONE DA SARS-CoV-2**

La Casa di Cura Clinica Valle Giulia S.p.A. da marzo 2020, emana ed aggiorna periodicamente, sulla base dell'evoluzione delle normative regionali e nazionali, il Protocollo di regolamentazione per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro per la gestione del COVID-19, l'ultimo documento è stato aggiornato in Rev. 14 del 21.09.2023. La struttura, per quanto possibile, adotta tutte le misure atte a disciplinare le modalità di accesso e a ridurre al minimo la presenza di persone all'interno dei propri locali al fine del contenimento del contagio da COVID-19.

Sono stati distribuiti DPI idonei allo svolgimento delle mansioni e adeguati al contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2.

#### **1.2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare in ambito organizzativo una fondamentale importanza riveste l'analisi degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei "near misses".

---

Solo attraverso un puntuale monitoraggio di questi eventi seguito da un'attenta analisi delle cause e dal conseguente avvio delle necessarie azioni correttive potranno migliorare i processi e ridurre la probabilità che gli stessi eventi si ripetano.

È fondamentale, in questo senso, partire dal principio di considerare l'errore come “difetto del sistema” e non dell'equipe o del singolo professionista e poi pianificare ed avviare piani di riduzione del rischio clinico.

Favorire l'insorgere nell'organizzazione della “no blame culture” (cultura non colpevolizzante) è di fondamentale importanza per garantire la segnalazione, da parte degli operatori, degli eventi indesiderati e conseguentemente avviare i piani di miglioramento ad essi correlati.

La prevenzione e la mitigazione-gestione degli eventi avversi è oggetto di una specifica procedura gestionale interna (P-RISK) redatta con riferimento alla normativa e alle applicabili raccomandazioni pubblicate dal Ministero della Salute.

Uno degli obiettivi prioritari di questo Piano è quello di avviare un percorso formativo che trasferisca agli operatori l'importanza di una corretta gestione delle attività di gestione del rischio clinico allo scopo di favorire le conoscenze e fornire indicazioni per promuovere e attuare l'audit come metodo per la gestione del rischio clinico.

Questo, come pure altri elementi, devono essere orientati verso un approccio sistemico alla gestione del rischio clinico poiché nelle organizzazioni sanitarie l'insorgere di un evento indesiderato è causato dall'interazione tra diverse componenti di un sistema: fattori organizzativi, fattori tecnologici, fattori strutturali, fattori umani, tipologia di utenza.

Di seguito viene riportata una relazione consuntiva sugli eventi avversi e sentinella verificatesi nell'anno 2023 all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. I dati sono stati ottenuti dalle segnalazioni pervenute nel corso del 2023, attraverso i sistemi interni di comunicazione.

**Detta relazione consuntiva, ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017 (LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie), è pubblicata sul sito internet aziendale.**

**Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2023**

CLINICA VALLE GIULIA CASA DI CURA S.p.A.					
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>1</sup>	Azioni di Miglioramento	Fonte del dato
Near miss	0 (0 %)	0 (0 %)	In Clinica non sono avvenuti eventi avversi, "near miss" o eventi sentinella nel corso del 2023.  Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (0%) Procedure/comunicazione (0%)	Le attività di miglioramento standard sono costituite da formazione del personale e dal costante miglioramento delle procedure interne e del parco tecnologico	Registro eventi sentinella Cartelle Cliniche e Ambulatoriali Sinistri Sistemi di reporting Emovigilanza Farmacovig. ICA
Eventi avversi	0 (0 %)	0 (0 %)			
Eventi Sentinella	0 (0 %)	0 (0 %)			

Si evidenzia che, seppur in assenza di episodi di eventi avversi, eventi sentinella o "near miss", la Clinica ha predisposto, in accordo a specifiche procedure gestionali, un piano di miglioramento che comporta iniziative di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo e/o relative alle procedure/istruzioni interne e alla comunicazione. L'attuazione di tali iniziative è monitorata per mezzo di specifici indicatori di processo e audit interni.

**Definizione Eventi<sup>2</sup>:**

- **Eventi Avversi (EA):** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Sono tutti casi in cui il paziente è stato realmente danneggiato, quindi non solo gli eventi avversi correlati all'utilizzo dei farmaci, ma tutte le tipologie di eventi possibili che causino un danno al paziente imputabili alle cure degli operatori. Può essere previsto o non prevedibile.
- **Near-Misses o "Quasi Eventi" (NM):** Circostanza potenzialmente in grado di determinare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito. Si tratta di situazioni in cui un incidente stava per generare danni al paziente, ma per motivi fortuiti o per l'intervento di meccanismi di barriera non si è verificato. Ad esempio: un farmaco era riposto nel luogo sbagliato o era scaduto ed è stato erroneamente prelevato e preparato per la somministrazione al paziente, ma ci si è accorti dell'errore prima della somministrazione.

1 \* fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G109850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

2 \* Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"

- **Evento Sentinella (ES):** Evento avverso di particolare gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia nei cittadini nei confronti del SSN. A seguito del suo verificarsi è necessaria un'indagine immediata per accertare possibili fattori eliminabili o riducibili che lo abbiano causato o vi abbiano contribuito con la successiva implementazione di adeguate misure correttive e il loro monitoraggio.

L'elenco degli eventi sentinella applicabili nell'ambito della struttura contenuti nel Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella pubblicato dal Ministero della salute nel Luglio 2009 sono i seguenti:

- Procedura in paziente sbagliato
- Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
- Errata procedura su paziente corretto
- Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
- Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
- Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Morte o grave danno per caduta di paziente
- Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
- Violenza su paziente
- Atti di violenza a danno di operatore
- Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
- Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Da quanto si evince dalle tabelle riepilogative degli eventi avversi/sentinella, nel corso del 2023 non si sono verificati eventi sentinella, né eventi avversi né near miss.

Nella tabella seguente si riportano il numero di sinistri e i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio relativi al rischio clinico.

**I dati riportati nella tabella 3 sono pubblicati ai sensi dell'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 (LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie) nel sito internet aziendale sulla home page della struttura.**

**Tabella 3 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio**

Anno	N. Sinistri <sup>3</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>3</sup>	Risarcimenti erogati <sup>3</sup>
2019	1	0	0
2020	2	0	0
2021	3	1 del 2021	7.000,00€
2022	1	0	0
2023	1	0	0
<b>Totale</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>7.000,00€</b>

### 1.3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella tabella seguente si riporta la descrizione della posizione assicurativa della struttura.

**Tabella 4 – Posizione assicurativa nell'ultimo quinquennio**

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicuratrice	Premio	Massimali	Franchigia	Brokeraggio
2018	31.12.	BH Italia	€ 165.224	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Ecclesia
2019	31.12.	BH Italia	€ 183.295	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Ecclesia
2020	31.12.	AM Trust	€ 189.487	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Industria
2021	31.12.	AM Trust	€ 189.487	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Industria
2022	31.12.	AM Trust	€ 206.602	€ 5.000.000,00	€ 50.000,00	Geas Industria
2023	31.03.2025	REVO Insurance	€ 134.855	5.000.000,00€	50.000,00€	AON Spa

### 1.4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE

Nel PARS 2023 si erano individuate alcune attività ritenute propedeutiche ad una idonea gestione del rischio come la mappatura dei processi a maggior rischio e la comunicazione/segnalazione degli eventi da parte di tutto il personale sanitario e altre azioni specifiche da implementare contestualmente.

Nelle seguenti tabelle (5a e 5b) si dettaglia per ciascun indicatore proposto il livello di raggiungimento alla data del 31.12.2023.

Le attività predisposte dalla Clinica in relazione a ognuno degli obiettivi strategici regionali, rispettando il vincolo delle cinque attività per gli obiettivi strategici regionali;

<sup>3</sup> In Tabella 3 vanno riportati solo i sinistri ed i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (es. smarrimento di effetti personali, danni a cose, ecc.).

Le informazioni sul grado di conseguimento delle attività svolte negli anni precedenti in relazione alle attività e ai relativi obiettivi pianificati nella precedente edizione del PARS ("relazione consuntiva").

**Tabella 5 a – Resoconto delle attività del PARS precedente (Rischio clinico)**

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.23
<b>Obiettivo A- ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla gestione del rischio clinico e la gestione degli eventi sentinella /eventi avversi/near miss secondo la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”</b>	SI	Esecuzione del corso a tutto il personale e ai nuovi assunti entro il 31/12/2023	Il 15.11.23 è stato effettuato il corso sulla gestione del rischio clinico al personale infermieristico della degenza, personale prelievi e laboratorio analisi, personale di radiologia, personale sala operatoria e personale PMA
<b>Obiettivo A - ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili alla struttura e sull’aggiornamento / revisione delle procedure aziendali”</b>	SI	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2023	Il 14.09.23 è stato effettuato il corso sull’aggiornamento della P-SO con introduzione del nuovo modulo M-SO-3 Check list per la sicurezza in sala operatoria del Ministero della Salute al personale di sala operatoria
<b>Obiettivo A - ATTIVITÀ 3 – Progettazione ed esecuzione di un corso rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla Prevenzione delle cadute dei pazienti come da nuova Determinazione Regione Lazio del 6 Novembre 2022, n G15198 - Approvazione del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita” in sostituzione del “Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”, di cui alla determinazione n. G12356 del 25.10.2016.</b>	SI	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2023	Il corso relativo alla prevenzione delle cadute non è stato effettuato perché la determinazione regionale non si applica alla struttura
<b>Obiettivo B – ATTIVITÀ 4 – Monitoraggio continuo degli eventi avversi, eventi sentinella e dei “near miss” secondo la P-RISK e relativa modulistica e la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”</b>	SI	N° eventi avversi / eventi sentinella /near miss in un anno/	Monitoraggio sino al 31.12.2023 con l’ausilio del modulo M-RD-4 Indicatori di processo 2023. Sono state richieste le credenziali alla Regione Lazio, siamo in attesa del rilascio delle credenziali. Nel 2023 non si sono rilevati eventi avversi / eventi sentinella /near miss.
<b>Obiettivo B – ATTIVITÀ 5 – “Continuo Aggiornamento</b>	SI	Aggiornamento delle restanti procedure	Sono state emesse/aggiornate le seguenti procedure: P-SO Produzione ed erogazione dei servizi: Sala Operatoria Ed. 2

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.23
<b>delle Raccomandazioni Ministeriali e delle Procedure ed Istruzioni di lavoro riguardanti l'area sanitaria" al fine di ridurre e contenere gli eventi avversi"</b>		aziendali per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali entro il 31/12/2023.	rev. 2 del 07.09.2023; M-SO-3 Checklist per la sicurezza in sala operatoria del Ministero della Salute Le altre Procedure verranno adeguate alle restanti RM entro il 2024.
<b>Obiettivo B – ATTIVITÀ 6 – “Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali” al fine di verificare l'implementazione delle Procedure/Istruzioni di nuova introduzione/revisione (P-CC - P-AMR -P-ICA, I-CRE ecc.)</b>	SI	Redazione procedura relativa agli audit clinici e modulistica dedicata. Realizzazione di audit proattivi e reattivi in collaborazione con i responsabili di funzione aziendali entro il 31/12/2023	Effettuato audit interno il 07.12.23 su tutti i processi aziendali e su un campione di pazienti. È stata verificata l'applicazione delle procedure di nuova introduzione. È stata redatta la P-ACL Procedura sull'Audit clinico e relativa modulistica in data 13.12.23.
<b>Obiettivo B – ATTIVITÀ 7 – Redazione procedura sulla prevenzione delle cadute dei pazienti secondo la Determinazione 06.11.2022 n. G15198 Adozione del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita”</b>	SI	Redazione procedura relativa alla prevenzione delle cadute dei pazienti e modulistica dedicata. Esecuzione di almeno 1 audit interno per verificare l'applicazione della Procedura	La procedura non è stata redatta perché non è applicabile alla struttura come da successivi chiarimenti degli organi regionali
<b>Obiettivo B - ATTIVITÀ 8 – Migliorare l'appropriatezza della qualità del dato clinico, assistenziale ed organizzativo introducendo la cartella clinica elettronica interfacciata con la degenza, la sala operatoria e gli altri servizi diagnostici. Effettuazione di controlli puntuali ed accurati da parte del Direttore Sanitario sulle Cartelle Cliniche</b>	Parziale - Da riproporre per il 2024	Introduzione della Cartella clinica elettronica entro il 31/12/2023 n° NC rilevate su cartelle cliniche / totale ricoveri annuali	L'adozione della CC elettronica è stata rimandata. Nessuna NC rilevata sulle cartelle cliniche /146 (tot. ricoveri annuali) 0/146=0
<b>Obiettivo C - ATTIVITÀ 9 – “Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari” in base alla Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”</b>	SI	Formazione di tutti gli operatori nuovi assunti entro il 31/12/2023	Attività formativa effettuata in data 04.12.23 ai nuovi assunti e al personale in aggiornamento

**Tabella 5 b – Resoconto delle attività del PARS precedente (Gestione del Rischio Infettivo)**

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2023
<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>			
<b>ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso sul monitoraggio e prevenzione delle ICA</b>	SI	N° corsi effettuati sulle ICA / n° corsi previsti Esecuzione dei corsi agli operatori su monitoraggio e prevenzione delle ICA, sul corretto uso degli antibiotici, sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi, entro il 31/12/2023	Nelle date del 15.03.23 e del 05.05.23 si è riunito il Comitato CCICA ed in occasione della revisione del Protocollo di regolamentazione per il Contrasto COVID-19 del 21.09.23 è stata effettuata anche attività di informazione/formazione sulla prevenzione delle ICA, sul lavaggio mani, sul corretto uso degli antibiotici e sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi.
<b>ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione sul corretto uso degli antibiotici e corretta implementazione della modulistica</b>	SI	N° corsi effettuati sulle ICA / n° corsi previsti Esecuzione dei corsi agli operatori su monitoraggio e prevenzione delle ICA, sul corretto uso degli antibiotici, sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi, entro il 31/12/2023	Nelle date del 15.03.23 e del 05.05.23 si è riunito il Comitato CCICA ed in occasione della revisione del Protocollo di regolamentazione per il Contrasto COVID-19 del 21.09.23 è stata effettuata anche attività di informazione/formazione sulla prevenzione delle ICA, sul lavaggio mani, sul corretto uso degli antibiotici e sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi
<b>ATTIVITÀ 3 – Attuare almeno un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi e corretta implementazione della relativa modulistica</b>	SI	N° corsi effettuati sulle ICA / n° corsi previsti Esecuzione dei corsi agli operatori su monitoraggio e prevenzione delle ICA, sul corretto uso degli antibiotici, sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi, entro il 31/12/2023	Nelle date del 15.03.23 e del 05.05.23 si è riunito il Comitato CCICA ed in occasione della revisione del Protocollo di regolamentazione per il Contrasto COVID-19 del 21.09.23 è stata effettuata anche attività di informazione/formazione sulla prevenzione delle ICA, sul lavaggio mani, sul corretto uso degli antibiotici e sul controllo della diffusione delle enterobacteriaceae resistenti ai carbapenemi
<b>OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.</b>			

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2023
<b>ATTIVITÀ 4</b> – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti e tirocinanti	SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>N° corsi formazione/informazioni lavaggio mani <math>\geq 1</math></li> </ul>	Nelle date del 15.03.23 e del 05.05.23 si è riunito il Comitato CCICA ed è stata effettuata anche attività di informazione/formazione sul lavaggio mani.
<b>ATTIVITÀ 5</b> – Promuovere iniziative di informazione (ad es. in occasione della “Giornata mondiale dell’igiene delle mani” del 5 Maggio) per divulgare l’importanza dell’igiene delle mani anche tra pazienti e familiari mediante affissione di locandine, distribuzione di opuscoli e mini gel idroalcolici omaggio, video/immagini caricati sui monitor in sala di attesa, canali youtube, ecc.	SI	N° di iniziative intraprese in un anno su lavaggio mani $\geq 1$ entro il 05.05.2023	In occasione del 05.05.2023 è stata intrapresa l’iniziativa di proiettare sui monitor presenti in sala di attesa il video dell’Istituto superiore di Sanità sul lavaggio delle mani "LE MANI CURANO" per utenti e personale della clinica. Inoltre in varie zone della Clinica sono stati apposti ulteriori cartelli che indicano le modalità corrette per il lavaggio delle mani. Il Direttore Sanitario ha inviato in data 03.05.2023 una mail a tutte le Funzioni aziendali per ribadire l’importanza dell’igiene delle mani contenente il link dell’informativa ( <a href="https://www.epicentro.iss.it/igiene-mani/giornata-mondiale-2023">https://www.epicentro.iss.it/igiene-mani/giornata-mondiale-2023</a> ) predisposta dall’ Istituto Superiore di Sanità -Epicentro per il 5 maggio 2023 in cui viene riportato anche il video dell’Oms "Agiamo subito insieme! SALVAVITE Igienizza le mani".
<b>ATTIVITÀ 6</b> – Redazione/Aggiornamento annuale del Piano di azione locale sulla base delle risultanze della compilazione dei questionari di autovalutazione. N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello intermedio entro dicembre 2023 e del mantenimento e miglioramento continuo per gli anni successivi	SI	N° di revisioni/aggiornamenti del piano di azione locale e N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello intermedio	Piano di azione locale relativo all’anno 2023 redatto in data 12.02.2024. Le azioni da attuare per il miglioramento: <ul style="list-style-type: none"> <li>- sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti</li> <li>- definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente.</li> <li>- definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati.</li> </ul> È stata aggiornata la P-IIM “Piano di intervento regionale

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2023
			sull'igiene delle mani" emessa in Ed. 2 Rev. 0 del 26.01.2023
<b>ATTIVITÀ 7 – Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali</b>	SI	N° di questionari con esito negativo / tot questionari ≤ 3%	Effettuata verifica mantenimento competenze degli operatori e degli osservatori il 12.12.23. Nessun esito negativo. 0/13=0
<b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)</b>			
<b>ATTIVITÀ 8 – “Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (infezioni del sito chirurgico, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni legate alla gestione del catetere venoso, infezioni polmonari) incluse le CRE</b>	SI	Numero infezioni del sito chirurgico in un anno / numero ICA totali in un anno	0/1 Nessuna infezione del sito chirurgico rilevata
		Numero infezioni del tratto urinario in un anno / numero ICA totali in un anno	0/1 Nessuna infezione del tratto urinario rilevata
		Numero infezioni da Clostridium difficile in un anno / numero ICA totali in un anno	0/1 Nessuna infezione da Clostridium difficile rilevata
		Numero di infezioni legate alla gestione dei cateteri venosi/ numero ICA totali in un anno	0/1 Nessuna infezione legata alla gestione dei cateteri venosi rilevata
		Numero infezioni polmonari in un anno / numero ICA totali in un anno	1/1= 100% Una probabile ICA riscontrata come da tabella relativa alle infezioni su esposta 1/146 ricoveri= 0,68%
		N° infezioni da CRE/ numero ICA totali in un anno	0/1 Nessuna infezione da CRE rilevata
<b>ATTIVITÀ 9– Implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE –Implementazione procedura e modulistica di registrazione e monitoraggio (n. infezioni/colonizzazioni da CRE in un anno).</b>	SI	N° 3 attività di monitoraggio, sorveglianza e raccolta dati per infezioni da CPE:	
<b>ATTIVITÀ 10 –Implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CPE - Implementazione procedura e modulistica di registrazione e monitoraggio.</b>		1. Numero infezioni/colonizzazioni da CRE in un anno.	1. 0 Nessuna infezione da CRE rilevata
		2. Numero tamponi rettali/coprocoltura su totale tamponi effettuati (in un anno)	2. 0/7 nessun tampone con esito positivo sui tamponi effettuati
		3. Numero infezioni da CPE comunicate / totale di degenti (in un anno).	3. 0/146 nessuna infezione da CPE sui 146 degenti totali

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2023
<b>ATTIVITÀ 11</b> – Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CPE a partire dal laboratorio di microbiologia di riferimento - Implementazione procedura di comunicazione CPE e relativa modulistica (n° di infezioni da CPE comunicate/totale dei degenti in un anno)			Nel 2023 non si sono rilevate infezioni da CRE. È stato implementato un sistema di sorveglianza attiva a partire da febbraio 2023, tramite l'esecuzione di tamponi rettali/coprocultura, per la ricerca di batteri multiresistenti. Tutti i pazienti volontari sottoposti alla sorveglianza attiva sono risultati negativi al tampone per la ricerca degli organismi responsabili delle batteriemie da CRE.
<b>ATTIVITÀ 12</b> – “Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert”	SI	Verifica Implementazione procedura sull'antimicrobico resistenza entro il 31/12/2023 Report semestrale su circolazione dei microrganismi alert entro il 31/12/2023	Report annuale sull'antimicrobico resistenza del 15.12.2023 del DS
<b>ATTIVITÀ 13</b> – “Continuare l'implementazione della Procedura sull'antibiotico-profilassi perioperatoria redatta sulla base delle linee guida regionali”	SI	Controllo dell'applicazione della Procedura e delle linee guida per la profilassi antimicrobica perioperatoria mediante - Audit da parte del DS Frequenza di Infezioni del Sito Chirurgico (intesa come rapporto tra il numero di infezioni del sito chirurgico insorte nel post operatorio e il numero totale di procedure chirurgiche eseguite) entro il 31/12/2023 Monitoraggio entro il 31/12/2023 da effettuare tramite checklist ICA	Report monitoraggio ICA e infezioni invasive da CPE e consumo antibiotici del 15.12.2023 da parte del DS Effettuato audit interno il 07.12.23 su tutti i processi aziendali e su un campione di pazienti. È stata verificata l'applicazione della Procedura e delle linee guida per la profilassi antimicrobica perioperatoria. Microrganismi alert monitorati attraverso gli indicatori specifici (vedasi Attività 8-9).  0/146= 0 nessuna infezione da CRE e nessuna infezione del sito chirurgico
<b>ATTIVITÀ 14</b> – “Elaborazione di report su Diffusione delle colonizzazioni/infezioni da CPE/CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento. Implementazione modulo di monitoraggio uso antibiotici e report semestrale sulla diffusione delle CRE	SI	Numero infezioni da CRE su totale dei degenti in 1 anno. 1 Report semestrale Monitoraggio entro il 31/12/2023 da effettuare tramite checklist ICA	0 / 146 non si sono verificati casi di infezioni dovuti a patogeni circolanti in clinica nel 2023  Monitoraggio uso degli antibiotici nel 2023: 3.517,2 grammi di antibiotici somministrati per profilassi preoperatoria e infezioni riscontrate

Attività	Realizzata	Indicatori	Stato di attuazione al 31.12.2023
<b>ATTIVITÀ 15</b> – “Elaborazione di report su patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi. Implementazione modulo di monitoraggio uso antibiotici in 1 anno al fine di ridurre l’utilizzo degli stessi.	SI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di patogeni circolanti / totale degenti in un anno</li> <li>2. Numero di pazienti resistenti agli antibiotici / totale degenti in un anno</li> <li>3. Dosi antibiotici somministrati totale degenti in un anno</li> </ol> <p>Monitoraggio entro il 31/12/2023 con Report semestrale</p>	<p>Report del DS del 15.12.2022. Sono state utilizzate le schede per la segnalazione delle infezioni M-ICA-5, la scheda monitoraggio consumo antibiotici M-ICA-2 e la scheda check list rischio ICA M-ICA – 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0/146= 0% nessun patogeno circolante</li> <li>2. 0/146=0% Non si sono verificati casi di pazienti resistenti agli antibiotici.</li> <li>3. 3.517,2 grammi di antibiotici somministrati – totale degenti 146</li> </ol> <p>Costo totale antibiotici/ costo totale farmacia</p> <p>€26.587,93/€97.859,84=27.16%. Gli antibiotici nel 2023 sono stati utilizzati prevalentemente a scopo di profilassi perioperatoria.</p>
<b>ATTIVITÀ 16</b> – “Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria, stratificato ove praticabile per le diverse specialità/discipline) – Implementazione modulo di monitoraggio consumo di prodotti facendo raffronto annuale.	SI	<p>N° litri prodotti idroalcolici per mani/1000 giornate di degenza ordinaria (2022-2023) Monitoraggio al 31/12/2023</p>	<p>I prodotti idroalcolici utilizzati nell’anno 2023 sono stati 18 litri mentre nel 2022 erano 120 litri.</p>

## 2. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

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

- **Risk Manager:** redige e monitora l’implementazione del PARS ad esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC (Centro Regionale del Rischio Clinico)
- **Direttore Sanitario/Presidente del CCICA:** redige e monitora l’implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (paragrafo 4);
- **Direzione Amministrativa:** redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (paragrafo 1.2-1.3);
- **Presidente CDA/Proprietà della Struttura:** si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l’invio del documento al CRRC

entro il 28 febbraio di ogni anno; 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 dal Piano.

Di seguito si riporta la matrice delle responsabilità suddivise per la redazione, l'adozione e il monitoraggio del presente documento.

**Tabella 6 – Matrice delle responsabilità**

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Direttore Amministrativo	Presidente CDA/Proprietà	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto i paragrafi: 1.2, 1.3 e 4)	C	R	C	C	-
Redazione paragrafi 1.2 e 1.3	C	C	R	I	-
Redazione paragrafo 4 obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	R	C	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	-
Monitoraggio PARS (eccetto il paragrafo 4)	C	R	C	I	C
Monitoraggio PARS paragrafo 4 (obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo)	R	C	I	I	C

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

### 3. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le attività legate alla gestione del rischio clinico ad esclusione di quelli legati alla gestione del rischio infettivo.

Il PARS del 2024 si basa sul principio cardine di rafforzare le attività di gestione del rischio già pianificate e intraprese nel corso del 2023 che rappresentano la struttura portante del sistema di governo del rischio clinico della struttura, e, nel contempo, prevede l'ampliamento di alcune attività ritenute importanti per il raggiungimento degli **obiettivi strategici** stabiliti a livello regionale, così come di seguito riportati:

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

Di seguito si riportano le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti. Fra attività ed obiettivi è indispensabile una assoluta coerenza.

Per ogni obiettivo strategico è riportata l'attività prevista con il relativo indicatore misurabile e lo standard che ci si prefigge di raggiungere entro il 2024.

**Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 1**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
<b>ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla gestione del rischio clinico e la gestione degli eventi sentinella /eventi avversi/near miss secondo la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”</b>		
INDICATORE		
<b>Esecuzione del corso a tutto il personale e ai nuovi assunti entro il 31/12/2024</b>		
STANDARD		
<b>1 corso di formazione all'anno</b>		
FONTE		
<b>Risk Manager</b>		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Responsabile Formazione</b>
<b>Progettazione del corso</b>	R	C
<b>Approvazione del corso</b>	C	R
<b>Esecuzione del corso</b>	R	I

**Tabella 8 – Obiettivo A – Attività 2**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>
<b>ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili alla struttura e sull'aggiornamento/revisione delle Procedure aziendali”.</b>
INDICATORE
<b>Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2024</b>
STANDARD
<b>1 corso di formazione</b>
FONTE
<b>Risk Manager</b>

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Responsabile Formazione</b>
<b>Progettazione del corso</b>	R	C
<b>Approvazione del corso</b>	C	R
<b>Esecuzione del corso</b>	R	I

**Tabella 9 – Obiettivo A – Attività 3**

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direttore Sanitario</b>
<b>Redazione procedura</b>	R	C
<b>Verifica procedura</b>	C	R
<b>Adozione procedura</b>	C	R

**Tabella 10 – Obiettivo B – Attività 4**

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direttore Sanitario</b>
<b>Redazione procedura</b>	R	C
<b>Verifica procedura</b>	C	R
<b>Adozione procedura</b>	C	R

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>RFA</b>
<b>Redazione procedure</b>	R	C	C
<b>Verifica procedure</b>	C	R	I
<b>Adozione procedure</b>	C	C	R

**Tabella 11 – Obiettivo B – Attività 5**

<b>OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</b>			
<b>ATTIVITÀ 5 – “Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali” al fine di verificare l’implementazione delle Procedure/Istruzioni di nuova introduzione/revisione (P-CC - P-AMR -P-ICA, I-CRE ecc.)</b>			
<b>INDICATORE</b>			
<b>Redazione procedura relativa agli audit clinici e modulistica dedicata.</b>			
<b>Realizzazione di audit proattivi e reattivi in collaborazione con i responsabili di funzione aziendale entro il 31/12/2024</b>			
<b>STANDARD</b>			
<b>Esecuzione di almeno 1 audit sia a seguito di eventi sentinella ed eventi avversi sia a seguito di segnalazioni spontanee interne o esterne, sia per verificare l’applicazione delle procedure ed istruzioni in singole aree della Clinica</b>			
<b>FONTE</b>			
<b>Risk Manager/Direttore Sanitario</b>			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Responsabili di branca</b>
<b>Promozione e organizzazione del gruppo di auditing</b>	R	C	C
<b>Esecuzione di audit (in caso di Evento Sentinella, ecc.)</b>	R	R	C

**Tabella 12 – Obiettivo B – Attività 6**

<b>OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</b>			
<b>ATTIVITÀ 6 – Migliorare l’appropriatezza della qualità del dato clinico, assistenziale ed organizzativo introducendo la cartella clinica elettronica interfacciata con la degenza, la sala</b>			

<b>operatoria e gli altri servizi diagnostici. Effettuazione di controlli puntuali ed accurati da parte del Direttore Sanitario sulle Cartelle Cliniche</b>			
INDICATORE			
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Introduzione cartella clinica elettronica entro dicembre 2024</b></li> <li><b>2. N° NC rilevate su cartelle cliniche / totale ricoveri annuali</b></li> </ol>			
STANDARD			
<b>&lt; 1 NC</b>			
FONTE			
<b>Risk Manager</b>			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>RGQ</b>	<b>Responsabili di branca</b>
<b>Redazione procedure</b>	R	C	C
<b>Verifica procedure</b>	C	R	R

**Tabella 13 – Obiettivo C – Attività 7**

<b>OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</b>			
<b>ATTIVITÀ 7– “Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari” in base alla Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”</b>			
INDICATORE			
<b>Formazione di tutti gli operatori entro il 31/12/2024</b>			
STANDARD			
<b>1 corso di formazione</b>			
FONTE			
<b>Risk Management, Responsabile Formazione</b>			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>		<b>Responsabile Formazione</b>
<b>Progettazione del corso</b>	R		C
<b>Approvazione del corso</b>	C		R
<b>Esecuzione del corso</b>	R		I

#### **4. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

Gli obiettivi dell'organizzazione sono stati definiti sulla base dei seguenti tre obiettivi strategici regionali in modo da includere quelli del piano Regionale delle prevenzioni (PRP) e del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobicoresistenza (PNCAR):

- 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 di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle

specificità locali, individuare le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.

- c) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

Per ogni obiettivo strategico definito sono state riportate le attività previste con i relativi indicatori misurabili e lo standard che ci si prefigge di raggiungere entro il 2024.

**Tabella 14 – Obiettivo A – Attività 1-2-3**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		
<b><u>ATTIVITÀ 1</u> – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso sul monitoraggio e prevenzione delle ICA</b>		
<b><u>ATTIVITÀ 2</u> – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione sul corretto uso degli antibiotici e corretta implementazione della modulistica</b>		
<b><u>ATTIVITÀ 3</u> – Attuare almeno un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sul controllo della diffusione delle enterobatteriaceae resistenti ai carbapenemi e corretta implementazione della relativa modulistica</b>		
INDICATORE: 50%		
Esecuzione di almeno un corso agli operatori su monitoraggio e prevenzione delle ICA, sul corretto uso degli antibiotici, sul controllo della diffusione delle enterobatteriaceae resistenti ai carbapenemi, entro il 31/12/2024		
STANDARD		
Almeno 1 evento formativo sul totale dei corsi programmati in un anno		
FONTE		
CCICA		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>CCICA</b>	<b>Responsabile Formazione</b>
<b>Progettazione del corso</b>	R	C
<b>Approvazione del corso</b>	C	R
<b>Esecuzione del corso</b>	R	I

**Tabella 15 – Obiettivo B – Attività 4-5-6-7**

<b>OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.</b>		
<b><u>ATTIVITÀ 4</u> – Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti e tirocinanti</b>		

**ATTIVITÀ 5** – Promuovere iniziative di informazione (ad es. in occasione della “Giornata mondiale dell’igiene delle mani” del 5 Maggio) per divulgare l’importanza dell’igiene delle mani anche tra pazienti e familiari mediante affissione di locandine, distribuzione di opuscoli e mini gel idroalcolici omaggio, video/immagini caricati sui monitor in sala di attesa, canali youtube, ecc.

**ATTIVITÀ 6** – Revisione/Aggiornamento annuale del Piano di azione locale sulla base delle risultanze della compilazione dei questionari di autovalutazione. N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello intermedio entro dicembre 2023 e del mantenimento e miglioramento continuo per gli anni successivi

**ATTIVITÀ 7** – Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali

INDICATORE:

Attività 4: N° corsi formazione/informazioni lavaggio mani  $\geq 1$

Attività 5: N° di iniziative intraprese in un anno su lavaggio mani  $\geq 1$  entro il 05.05.2024

Attività 6: N° di revisioni/aggiornamenti del piano di azione locale e N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello intermedio entro dicembre 2023 e del mantenimento e miglioramento continuo per gli anni successivi

Attività 7: N° di questionari con esito negativo / tot questionari  $\leq 3\%$

STANDARD

Attività 4: Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate

Attività 5: Almeno 1 iniziativa intrapresa entro il 05.05.2024

Attività 6: almeno 1 revisione/aggiornamento e almeno 1 azione intrapresa per il raggiungimento del livello intermedio e del miglioramento continuo.

Attività 7: Compilazione del questionario per il 100% delle figure individuate

FONTE

CCICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	CCICA	Responsabili di Branca
Programmazione attività/iniziativa	R	C
Approvazione attività/iniziativa	C	R
Esecuzione attività/iniziativa	R	C

In allegato il Piano di Azione locale relativo all’anno 2024.

**Tabella 16– Obiettivo C – Attività 8**

**OBIETTIVO C) MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)**

**ATTIVITÀ 8** – “Esecuzione di almeno una indagine di prevalenza sulle principali ICA (infezioni del sito chirurgico, infezioni del tratto urinario, infezioni da Clostridium difficile, infezioni legate alla gestione del catetere venoso, infezioni polmonari) incluse le CRE

INDICATORE  $\geq 1$  indagine sulle principali ICA con ausilio della check list di controllo delle ICA - sezione monitoraggio infezioni-

- Numero infezioni del sito chirurgico in un anno / numero ICA totali in un anno
- Numero infezioni del tratto urinario in un anno / numero ICA totali in un anno
- Numero infezioni da Clostridium difficile in un anno / numero ICA totali in un anno
- Numero di infezioni legate alla gestione dei cateteri venosi/ numero ICA totali in un anno
- Numero infezioni polmonari in un anno / numero ICA totali in un anno
- N° infezioni da CRE/ numero ICA totali in un anno

Monitoraggio entro il 31/12/2024 da effettuare tramite checklist ICA e Report annuale del DS

STANDARD

< 3 %

FONTE

CCICA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	CCICA	Direzione Sanitaria
Raccolta dati	R	C
Verifica dati	C	R
Elaborazione report	C	R

**Tabella 17 – Obiettivo C – Attività 9-10-11**

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

**ATTIVITÀ 9**– Implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE introducendo uno screening quadrimestrale mediante tampone rettale sui degenti – Revisione della Istruzione I-CRE

**ATTIVITÀ 10** –Implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CPE – Aggiornamento della procedura e modulistica di registrazione e monitoraggio.

**ATTIVITÀ 11** – Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CPE a partire dal laboratorio di microbiologia di riferimento - Implementazione procedura di comunicazione CPE e relativa modulistica

INDICATORE:

- Attività 9:** - N° infezioni/colonizzazioni da CRE in un anno  
 - N° di tamponi rettali positivi/ N° di tamponi rettali totali
- Attività 10:** - N° infezioni/colonizzazioni da CRE in un anno  
 - N° di tamponi rettali positivi/ N° di tamponi rettali totali

<b>Attività 11: - Numero infezioni da CPE comunicate / totale di degenti (in un anno)</b>		
<b>Monitoraggio entro il 31/12/2024 da effettuare tramite checklist ICA e report del DS</b>		
STANDARD		
≤ 3 % di infezioni colonizzazioni da CRE		
FONTE CCICA		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>CCICA</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
Raccolta dati	R	C
Verifica dati	C	R
Elaborazione report	C	R

**Tabella 18 – Obiettivo C – Attività 12**

<b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)</b>		
<b><u>ATTIVITÀ 12</u> – “Implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert”</b>		
INDICATORE		
Verifica Implementazione procedura sull'antimicrobico resistenza mediante audit entro il 31/12/2024		
Report semestrale su circolazione dei microrganismi alert entro il 31/12/2024		
STANDARD		
<b>1 Audit e 1 report semestrale</b>		
FONTE		
CCICA e Laboratorio analisi		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>CCICA</b>	<b>Laboratorio analisi</b>
Progettazione	R	C
Verifica	C	R
Adozione	C	R

**Tabella 19 – Obiettivo C – Attività 13**

<b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)</b>		
<b><u>ATTIVITÀ 13</u> – “Continuare l'implementazione ed il monitoraggio della Procedura sull'antibiotico-profilassi perioperatoria redatta sulla base delle linee guida regionali”</b>		
INDICATORE		

<b>Controllo dell'applicazione della Procedura e delle linee guida per la profilassi antimicrobica peri-operatoria mediante Audit da parte del DS</b>		
<b>Frequenza di Infezioni del Sito Chirurgico (intesa come rapporto tra il numero di infezioni del sito chirurgico insorte nel post operatorio e il numero totale di procedure chirurgiche eseguite) entro il 31/12/2024</b>		
STANDARD		
Almeno 1 audit su applicazione Procedura		
Numero di infezioni del sito chirurgico insorte nel post operatorio e il numero totale di procedure chirurgiche eseguite $\leq 3\%$		
FONTE CCICA		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>CCICA</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
<b>Progettazione</b>	R	C
<b>Verifica</b>	C	R
<b>Adozione</b>	C	R

**Tabella 20 – Obiettivo C – Attività 14**

<b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)</b>		
<b><u>ATTIVITÀ 14</u> – “Elaborazione di report su Diffusione delle colonizzazioni/infezioni da CPE/CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento. Implementazione modulo di monitoraggio uso antibiotici e report semestrale sulla diffusione delle CRE</b>		
INDICATORE:		
Numero infezioni da CRE su totale dei degenti in 1 anno.		
1 Report semestrale		
Monitoraggio entro il 31/12/2024 da effettuare tramite checklist ICA		
STANDARD		
$\leq 3\%$		
FONTE		
CCICA		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>CCICA</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
<b>Raccolta dati</b>	R	C
<b>Analisi dati</b>	C	R
<b>Elaborazione report</b>	C	R

**Tabella 21 – Obiettivo C – Attività 15**

<b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)</b>		
<b>ATTIVITÀ 15</b> – “Elaborazione di report su patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi. Implementazione modulo di monitoraggio uso antibiotici in 1 anno al fine di ridurre l'utilizzo degli stessi.		
INDICATORE		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di patogeni circolanti / totale degenti in un anno</li> <li>2. Numero di pazienti resistenti agli antibiotici / totale degenti in un anno</li> <li>3. Dosi antibiotici somministrati totale degenti in un anno e confronto dei dati anno con precedente (2023-2024)</li> </ol>		
Monitoraggio entro il 31/12/2024 con Report semestrale		
STANDARD		
1. ≤ 3 %		
2. n.v %.		
3. n.v.		
FONTE		
CCICA		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>CCICA</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
Raccolta dati	R	C
Analisi dati	C	R
Elaborazione report	C	R

**Tabella 22 – Obiettivo C – Attività 16**

<b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)</b>		
<b>ATTIVITÀ 16</b> – “Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, ove in uso (in litri/1000 giornate di degenza ordinaria, stratificato ove praticabile per le diverse specialità/discipline) – Implementazione modulo di monitoraggio consumo di prodotti facendo raffronto annuale.		
INDICATORE		
N° litri prodotti idroalcolici per mani/1000 giornate di degenza ordinaria e confronto dei dati con l'anno precedente (2023-2024)		
Monitoraggio al 31/12/2024		
STANDARD		

> 5 %		
FONTE CCICA		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>CCICA</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
<b>Raccolta dati</b>	R	C
<b>Analisi dati</b>	C	R
<b>Elaborazione report</b>	C	R

**Tabella 23 – Obiettivo C – Attività 17**

<b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)</b>			
<b>ATTIVITÀ 17– “Revisionare la P-AP Procedura per l’antibiotico profilassi perioperatoria chirurgica secondo le indicazioni del manuale AWaRE antibiotic book per promuovere un uso consapevole degli antibiotici entro il 31/12/2024</b>			
INDICATORE			
<b>Redazione procedura relativa per l’antibiotico profilassi perioperatoria chirurgica e modulistica dedicata</b>			
<b>Almeno 1 audit su applicazione Procedura</b>			
STANDARD			
> 5 %			
FONTE			
<b>Risk Manager</b>			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>RGQ</b>	<b>Responsabili di branca</b>
<b>Redazione procedure</b>	R	C	C
<b>Verifica procedure</b>	C	R	R

## **5. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS**

Si riportano di seguito le modalità con cui il presente documento verrà diffuso a livello della struttura.

- a) Invio tramite mail alle Direzioni aziendali e alle diverse Funzioni aziendali
- b) Pubblicazione sul sito internet della struttura nella Home page (o presenza di un link che rimandi direttamente al documento)
- c) **Entro il 28 febbraio 2024 il PARS in formato pdf nativo sarà inviato alla mail [crcc@regione.lazio.it](mailto:crcc@regione.lazio.it). per il caricamento sul cloud regionale.**

---

## 6. PIANO DI AZIONE LOCALE

Durante la riunione CCICA tenutasi in data 12.02.2024, le figure coinvolte hanno analizzato i questionari di autovalutazione delle 5 sezioni (A, B, C, D, E - previste dal “Piano d’Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani” del 19.02.2021), corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale raccomandata dall’ OMS, compilati in data 08.02.2024 da cui sono scaturiti i seguenti risultati:

- Livello avanzato nella Sezione A - **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI (PT.100)**
- Livello intermedio nella Sezione B – **FORMAZIONE DEL PERSONALE (PT. 75)**
- Livello avanzato nella Sezione C - **MONITORAGGIO E FEEDBACK: (PT. 82.5)**
- Livello intermedio nella Sezione D - **COMUNICAZIONE PERMANENTE: (PT. 65)**  
Livello avanzato nella Sezione E - **CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: (PT. 90)**

## 7. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Determinazione G 00643 del 25/01/2022 avente ad oggetto l’Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.
2. Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella” Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851
3. Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 - Adozione della revisione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".
4. Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00642 - Adozione del "Documento di indirizzo sul consenso informato".
5. Determinazione Regione Lazio del 6 Novembre 2022, n G15198 - Approvazione del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita” in sostituzione del “Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”, di cui alla determinazione n. G12356 del 25.10.2016.
6. Determinazione Regione Lazio del 28 Novembre 2022, n G16501 - Approvazione del “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all’ Assistenza (ICA)”.
7. 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”.
8. 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”.
9. 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”.
10. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”.
11. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
12. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”.
13. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”.
14. 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”.
15. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”.
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”.

- 
17. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.

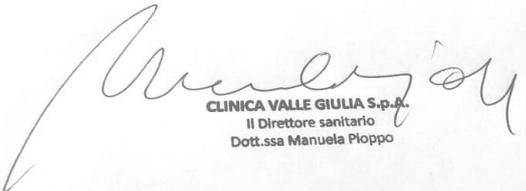
## **8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

1. Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”.
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=informazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=informazione);
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](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza).



# PIANO DI AZIONE LOCALE

## *anno 2024*

NOME E FUNZIONE		FIRMA
REDAZIONE		
VERIFICA	<i>Dr. Manuela Pioppo</i>	 CLINICA VALLE GIULIA S.p.A. Il Direttore sanitario Dott.ssa Manuela Pioppo
APPROVAZIONE E	Direttore Sanitario	
VALIDAZIONE		
REV.	DATA	
0.0	12.02.2024	

Durante la riunione CCICA tenutasi in data 12.02.2024, le figure coinvolte hanno analizzato i questionari di autovalutazione delle 5 sezioni (A, B, C, D, E - previste dal "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" del 19.02.2021), corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale raccomandata dall' OMS, compilati in data 08.02.2024 da cui sono scaturiti i seguenti risultati:

- Livello avanzato nella Sezione A - **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI (PT.100)**
- Livello intermedio nella Sezione B – **FORMAZIONE DEL PERSONALE (PT. 75)**
- Livello avanzato nella Sezione C - **MONITORAGGIO E FEEDBACK: (PT. 82.5)**
- Livello intermedio nella Sezione D - **COMUNICAZIONE PERMANENTE: (PT. 65)**
- Livello avanzato nella Sezione E - **CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: (PT. 90)**

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
Esaminare le informazioni disponibili sulla <i>compliance</i> all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.	DS	6 MESI	1 anno	Nella struttura tutti gli operatori sanitari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani e\ sulle ICA, attraverso corso di formazione effettuato in data 05.05.23 (corso su lavaggio mani e ICA)
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagine sui singoli Reparti/Servizi;</li> <li>• Indagine sul consumo di soluzione alcolica.</li> </ul>	DS	6 MESI	1 anno	Il rapporto lavandini letti è di 1:10 nel 75% della struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento
Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.	DS	6 MESI	1 anno	Dispenser sono presenti all'ingresso, nei corridoi, nelle medicherie, ai piani di degenza, negli ambulatori, diagnostica, negli studi medici e sui carrelli della terapia.
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.	DS	1 MESE	1 anno	Come da checklist consumo prodotti idroalcolici anno 2023 e P- IMM Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle Mani Ed. 2 del 26.01.2023

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024			
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Indagine sul consumo di soluzione alcolica	DS	trimestrale	Monitoraggio trimestrale
Monitoraggio e feedback condizioni igieniche dei lavandini nelle stanze di degenza, negli ambulatori, medicherie, diagnostica, studi medici e ambienti comuni da registrare sulla check list sicurezza ambiente di lavoro	DS	Mensile	Monitoraggio semestrale
Monitoraggio e feedback disponibilità di sapone, salviette monouso, gel idroalcolico nelle stanze della residenzialità e medicherie da registrare sulla check list sicurezza ambientale Mod.38 da revisionare	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale
Intervento di decalcificazione dei filtri dei rubinetti dei lavandini delle stanze di degenza, negli ambulatori, medicherie, diagnostica, studi medici e ambienti comuni da registrare sulla check list sicurezza ambiente di lavoro	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale
Sviluppare specifiche istruzioni operative: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani</li> <li>• Immagazzinamento e distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani</li> <li>• Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser</li> <li>• Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture</li> <li>• Installazione/manutenzione dei dispenser.</li> </ul> Ad oggi la descrizione di tali istruzioni è presente nella P-IMM Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle Mani Ed. 2 del 26.01.2023	DS	Annuale	Monitoraggio annuale

SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.	DS	3 MESI	1 ANNO	Osservatori e addetti alla formazione seguono sessioni di formazione pratica per apprendere dove e come effettuare l'igiene delle mani, in base ai principi delineati nei Cinque momenti per l'igiene delle mani. La formazione di base per osservatori e addetti alla formazione illustra l'importanza della

SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
				prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria, le modalità di trasmissione di queste ultime, le indicazioni sull'igiene delle mani e le tecniche in accordo con le Raccomandazioni OMS. Effettuato corso sull'igiene delle mani da parte di tutto il personale sanitario in modalità fad asincrona con rilascio di relativo attestato di formazione
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.	DS	6 MESI	1 ANNO	Le attività formative sono declinate all'interno del piano formativo riprogettato sulla base del piano di intervento regionale anno 2023
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).	DS	6 MESI	1 ANNO	Confermata nomina al Direttore Sanitario per l'anno 2023
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	DS	6 MESI	1 ANNO	Confermata nomina al Coordinatore infermieristico per l'anno 2023
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	DS	6 MESI	1 ANNO	2 ore di formazione annuale per tutti gli operatori sanitari, e neoassunti Addestramento sul campo per osservatori
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	DS	6 MESI	1 ANNO	Il percorso formativo degli osservatori è documentato, e la loro competenza viene rivalutata periodicamente (annualmente) attraverso il modulo mantenimento competenze. La validazione dei nuovi osservatori compete al Direttore Sanitario. Le attività di addestramento sono state effettuate nell'anno 2023 e risultate positive
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.	DS	6 MESI	1 ANNO	Come da piano annuale di formazione anno 2023
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	DS	6 MESI	1 ANNO	In caso di mancata o scarsa partecipazione da parte degli operatori alla formazione, verrà aperta una non conformità. Non sono state riscontrate NC a riguardo nel 2023

**SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE**

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).	DS	6 MESI	1 ANNO	Annualmente gli operatori sanitari partecipano a sessioni formative sull'igiene delle mani e sul controllo delle ICA. Il mantenimento delle competenze è stato monitorato attraverso il modulo mantenimento competenze M-PIIM.1 e M-PIIM.8 in data 12.12.23
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).	DS	6 MESI	1 ANNO	Come da modulo mantenimento competenze M-PIIM.1 e M-PIIM.8 in data 12.12.23
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	DS	6 MESI	1 ANNO	Distribuzione a tutti gli operatori di opuscoli sull'igiene delle mani durante le sessioni formative nella giornata mondiale del 5 maggio 2023 con distribuzione di opuscoli e piccole confezioni di gel alcolico a tutti i visitatori – Nella giornata del 5 maggio 2023 è stato proiettato il video informativo a cura dell'ISS "LE MANI CURANO" nella sala d'attesa e inserito anche sul sito aziendale. Il direttore sanitario ha inviato a tutte le funzioni aziendali il link dell'informativa ( <a href="https://www.epicentro.iss.it/igiene-mani/giornata-mondiale-2023">https://www.epicentro.iss.it/igiene-mani/giornata-mondiale-2023</a> ) predisposta dall' Istituto Superiore di Sanità -Epicentro per il 5 maggio 2023 in cui viene riportato anche il video dell'Oms "Agiamo subito insieme! SALVAVITE Igienizza le mani".
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione e la sostituzione di quello obsoleto.	DS	6 MESI	1 ANNO	Il materiale per la formazione viene regolarmente aggiornato e revisionato con sostituzione di quello obsoleto

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

**AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024**
**SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE**

<b>AZIONI DI MIGLIORAMENTO</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Formazione obbligatoria sull'igiene mani per tutti gli operatori sanitari: FAD asincrona.	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Corso igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ICA al personale sanitario in essere e agli eventuali nuovi assunti	DS	semestrale	Monitoraggio semestrale
Continua formazione e verifica delle competenze del personale sanitario, osservatori e formatori attraverso l'utilizzo dei questionari predisposti	DS	annuale	Monitoraggio annuale

**SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK**

<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>	<b>RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023</b>
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della <i>compliance</i> sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto; indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone/asciugamani; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.	DS	6 MESI	1 ANNO	È stata predisposta la checklist per l'osservazione diretta della compliance sull'igiene delle mani, sul consumo di soluzione alcolica e sapone, nonché la checklist sull'indagine di percezione per gli operatori sanitari e sulle conoscenze.
Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura	DS	6 MESI	1 ANNO	Riunione verbale con operatori di tutta la struttura per comunicare l'avvio attività di valutazione e feedback
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).	DS	6 MESI	1 ANNO	Identificate le competenze tra i Componenti del CCICA
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.	DS	6 MESI	1 ANNO	Dopo la somministrazione del questionario, viene dato un feedback verbale immediato sul risultato. Eventuali difformità da quanto pianificato verrà prontamente gestito con l'apertura di una NC.

SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).	DS	6 MESI	1 ANNO	Confermata nomina del Coordinatore infermieristico nel 2023
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (adesempio, annualmente).	DS	6 MESI	1 ANNO	Come da piano annuale di formazione 2023 e modulo mantenimento competenze M-PIIM.1 e M-PIIM.8 in data 12.12.23
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.	DS	6 MESI	1 ANNO	Dopo la somministrazione del questionario, viene dato un feedback verbale immediato sul risultato, così come per l'osservazione diretta
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato(ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi).	DS	6 MESI	1 ANNO	Piano annuale delle osservazioni
Presentare i risultati delle osservazioni secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.	DS	6 MESI	1 ANNO	Per ogni sessione di osservazione, viene osservata una o due figure professionali. Annualmente vengono discussi i risultati con i membri del CCICA.
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.	DS	6 MESI	1 ANNO	Vedi PARS 2023
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.	DS	6 MESI	1 ANNO	Vedi PARS 2023 e checklist ICA anno 2023
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.	DS	6 MESI	1 ANNO	Checklist ICA anno 2023
Considerare la possibilità di pubblicare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura in una rivista con revisione tra pari, in una rivista specializzata o in una newsletter interna	DS	6 MESI	1 ANNO	Pubblicazione del PARS 2023 sul sito web
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA presso la struttura in occasione di conferenze locali, nazionali o internazionali.				N.A.

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024			
SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Definizione del piano annuale delle osservazioni	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Condurre osservazioni ai piani di degenza, sala operatoria, diagnostica e ambulatori e fornire un feedback immediato alla fine di ogni sezione di osservazione e se necessario riprogrammare sessioni di formazione/informazioni specifica	DS	semestrale	Monitoraggio annuale
Presentazione dei risultati delle osservazioni al CCICA e al personale coinvolto e redazione relativo verbale	DS	semestrale	Monitoraggio annuale

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE				
AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.	DS	6 MESI	1 ANNO	
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	DS	6 MESI	1 ANNO	L'aggiornamento dei materiali informativi sull'igiene delle mani, viene fatto regolarmente, con sostituzione di quello obsoleto all'occorrenza.
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.	DS	6 MESI	1 ANNO	In tutti gli ambienti sono esposti poster sul corretto lavaggio delle mani con acqua e sapone e con frizione alcolica.
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).	DS	6 MESI	1 ANNO	Ogni giorno, il personale si assicura che i poster sul corretto lavaggio delle mani siano in buone condizioni. In caso di usura, verranno prontamente sostituiti
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.	DS	6 MESI	1 ANNO	Durante le sessioni formative sull'igiene delle mani, verranno distribuiti opuscoli a tutti gli

				operatori sanitari, e saranno esposti in tutti gli ambienti.
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	DS	6 MESI	1 ANNO	Continua revisione del materiale informativo. Nella giornata del 5 maggio 2023 è stato proiettato il video informativo a cura dell'ISS "LE MANI CURANO" nella sala d'attesa e inserito anche sul sito aziendale.

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024			
SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Creare opuscoli e dépliant per visitatori e pazienti	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Pianificare ed organizzare un programma per la giornata internazionale sull'igiene delle mani. (5 maggio)	DS	semestrale	Monitoraggio annuale
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), creare ed impostare su tutti i PC aziendali uno screensaver ad hoc per sensibilizzare sul tema dell'igiene mani, utilizzando eventualmente immagini fornite dall'OMS	DS	semestrale	Monitoraggio annuale
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), pubblicare banner sul sito aziendale utilizzando immagini fornite dal WHO	DS	Semestrale	Monitoraggio annuale
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), proiezione video nella sala d'attesa per sensibilizzare sull'importanza dell'igiene delle mani	DS	Semestrale	Monitoraggio annuale
Verifica del corretto posizionamento e stato di conservazione dei poster che riguardano l'igiene delle mani con l'ausilio della check list sicurezza ambientale	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale

**SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo.	DS	6 MESI	1 ANNO	Continuo impegno da parte della direzione e di tutti gli operatori ad un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani al fine di ridurre le ICA
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.	DS	6 MESI	1 ANNO	Continuo impegno da parte della direzione e di tutti gli operatori ad un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani al fine di ridurre le ICA
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.	DS	6 MESI	1 ANNO	e-mail su iniziative igiene mani
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.	DS	6 MESI	1 ANNO	Istituzione comitato CCICA
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.	DS	6 MESI	1 ANNO	Riunione annuale del CCICA
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili le competenze interne di comunicazione.	DS	6 MESI	1 ANNO	Riunione annuale del CCICA del <b>15.03.2023</b> per pianificare e pubblicizzare le attività igiene mani nella Giornata del 5 maggio
Rivedere l'attuale coinvolgimento dei pazienti nelle attività di miglioramento dell'assistenza sanitaria e considerare i tempi per avviare discussioni/collaborazioni continue con le principali organizzazioni di pazienti.	DS	6 MESI	1 ANNO	Distribuzione di poster ed opuscoli sull'igiene delle mani ai pazienti e familiari
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).	DS	6 MESI	1 ANNO	Distribuzione opuscoli, informative/Brochure
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte dei singoli operatori sanitari, reparti o servizi.	DS	6 MESI	1 ANNO	/
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	DS	6 MESI	1 ANNO	Obbiettivi PARS e indicatori di processo aziendali
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	DS	6 MESI	1 ANNO	Piano annuale di formazione anno 2023

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

<b>AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024</b>			
<b>SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT</b>			
<b>AZIONI DI MIGLIORAMENTO</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Sensibilizzazione continuativa pazienti, parenti e visitatori sul tema igiene delle mani come prevenzione delle ICA fornendo opuscoli informativi e depliant sull'igiene delle mani	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Promuovere attività di sensibilizzazione per pazienti, accompagnatori, visitatori e personale sanitario sull'importanza dell'igiene delle mani (esempio invio mail, link informativi, video proiezioni)	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali	DS	semestrale	Monitoraggio semestrale