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

**STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE O STRUTTURE DI ASSISTENZA TERRITORIALE EXTRA-OSPEDALIERA**

# INDICE

1.0 INTRODUZIONE ..... 3
2.0 AMBITO DI APPLICAZIONE ..... 4
3.0 SCADENZE TEMPORALI ..... 4
LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO ..... 4
**Mappatura del rischio utilizzando il modello a matrice** ..... 7
B O. AMBITO DI APPLICAZIONE ..... 8
B I. CONTESTO ORGANIZZATIVO ..... 9
**Comitato Controllo Infezioni Correlato all'Assistenza (CC-ICA)** ..... 11
B 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI ... 11
B 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA ..... 12
B 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE ..... 13
Obiettivi presenti nel PARS 2023 ..... 13
B 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ ..... 15
B 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ ..... 15
**B 6.1 Obiettivi** ..... 15
**B 6.2 Attività** ..... 16
B 7. Piano di Azione Locale per l'igiene delle mani ..... 20
**B 7.1 Profilo Aziendale: la Struttura Sanitaria "Villa Ardeatina"** ..... 20
**B 7.2 Destinatari del piano** ..... 21
**B 7.3 Infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare** ..... 21
B 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO ..... 25
B 9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI ..... 25

## 1.0 INTRODUZIONE

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), due documenti che, oltre a rappresentare espressione del *commitment* regionale, consentono alle Strutture di rendere pubblica la propria *policy* su questi temi.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, a distanza di oltre sette anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, si ritiene opportuno rivedere il contenuto dei due documenti sopra citati, unificandone il contenuto in un unico Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- 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.*

Questo anche al fine di concentrare l'attenzione e le risorse delle Strutture sugli aspetti qualificanti e rilevanti della gestione del rischio, evitando l'elaborazione di documenti volti più al mero rispetto di un adempimento formale che non alla implementazione di una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita anche alla luce dell'esperienza acquisita durante l'impegno quotidiano e l'attento studio di quanto avvenuto all'interno della struttura.

Per raggiungere questi obiettivi, il presente documento è stato diviso in due sezioni principali: la prima riguardante le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie e post-acuzie; la seconda le strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale e le strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera.

Nel primo caso il documento procede sostanzialmente alla semplice fusione dei precedenti PARM e PAICA, definendo in maniera ancora più puntuale i ruoli e le responsabilità.

Relativamente alle strutture di assistenza extra ospedaliera, invece, il documento tiene conto delle differenze non secondarie relative ai ruoli e alle responsabilità per come previsti dalla normativa di autorizzazione e di accreditamento. Questo ha comportato una semplificazione della matrice dei ruoli e delle responsabilità e la riduzione del numero minimo di attività mandatorie da prevedere ogni anno.

## 2.0 AMBITO DI APPLICAZIONE

Al sensi di quanto previsto dalla Legge 8 marzo 2017, questo documento è rivolto a **tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, del Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR) nonché all'ARES 118.** A questo proposito, fatto salvo quanto ulteriormente specificato ai successivi punti A) e B), si sottolinea quanto segue:

A) Strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie **autorizzate:** l'elaborazione del PARS (associata alle evidenze della effettiva implementazione delle attività in esso previste) rappresenta un'evidenza documentale utilizzabile dai competenti uffici aziendali e regionali per la verifica dell'ottemperanza ai requisiti organizzativi generali previsti dall'Allegato C del DCA n. U0008 del
10 febbraio 2011 e ss.mm.ii. ai paragrafi "Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida e regolamenti interni" e "Direzione di Struttura";

B) Strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie **accreditate:** l'elaborazione del PARS (associata alle evidenze della effettiva implementazione delle attività in esso previste) rappresenta un'evidenza documentale utilizzabile dai competenti uffici aziendali e regionali per la verifica dell'ottemperanza agli specifici requisiti ulteriori previsti dal DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 in tema di gestione del rischio e di gestione del rischio infettivo.

**NB:** le Strutture che erogano prestazioni che non rientrano nell'ambito di applicazione di questo documento (ad es. strutture di assistenza semiresidenziale o domiciliare) dovranno ottemperare a quanto previsto dagli specifici criteri di autorizzazione e accreditamento in tema di gestione del rischio e di gestione del rischio infettivo, in quanto i contenuti di questo documento non surrogano né sostituiscono quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale in tema di autorizzazione e accreditamento.

## 3.0 SCADENZE TEMPORALI

Il termine per la trasmissione del documento via mail in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico (crrc@regione.lazio.it) è fissato al **28 febbraio** dell'anno solare a cui il documento si riferisce.

**NB:** fatte salve modifiche legislative o specifiche necessità regionali che rendano necessaria la revisione del documento, eventuali deroghe a quanto in esso previsto, ovvero la definizione di nuovi obiettivi e/o attività specifiche saranno oggetto di specifica comunicazione da parte della competente Area regionale alle Strutture del SSR.

## LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO

Di seguito è descritta una metodologia di mappatura del rischio con cui costruire una matrice da cui derivare un sistema procedurale minimo che sia in grado di garantire i requisiti di base per la gestione del rischio clinico in coerenza con i requisiti di autorizzazione e accreditamento, i documenti di indirizzo regionale e le Raccomandazioni del Ministero della Salute in materia di sicurezza delle cure.

Il punto di avvio della valutazione del rischio prevede l'individuazione delle attività clinico - assistenziali poste in essere nella struttura. Alla ricognizione delle attività svolte, segue la costruzione di una matrice a doppia entrata, disponendo i documenti contenenti gli adempimenti richiesti (requisiti di autorizzazione e accreditamento, documenti regionali, raccomandazioni ministeriali, ecc.) lungo l'asse delle ascisse e le attività clinico-assistenziali erogate lungo quello delle ordinate. A questo punto occorre valutare in quali punti queste si intersecano, in tutto o in parte, con gli adempimenti documentali o con le indicazioni contenute in linee guida o buone pratiche utilizzate in contesti organizzativi simili. Questi punti di intersezione rappresentano le evidenze documentali di cui la Struttura deve disporre per dimostrare di governare i potenziali rischi specifici legati all'erogazione delle attività clinico-assistenziali (Figura 1).

1. Errata o mancata valutazione iniziale per la corretta stesura del Progetto Riabilitativo
   Mancato invio alla ASL del Progetto Riabilitativo

a. *Stesura corretta ed esaustiva della documentazione necessaria alla corretta presa in carico del paziente*

2. Errori nella compilazione Cartella Clinica
   Mancanza di firme nella Cartella Clinica e nella documentazione sanitaria
   Mancata o errata compilazione della modulistica prevista o dei registri riguardanti gli aspetti clinici del paziente

a. *Stesura corretta ed esaustiva della documentazione necessaria alla corretta presa in carico del paziente*
b. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*

3. Errore del Medico nella prescrizione dei farmaci

a. *Raccomandazione n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica;*
b. *Raccomandazione n. 12 sui farmaci LASA;*
c. *Raccomandazione n. 17 sulla riconciliazione farmacologica;*
d. *Raccomandazione n. 18 sull'uso di sigle e acronimi;*
e. *Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita.*
f. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*

4. Errore dell'Infermiere nella somministrazione dei farmaci

a. *Raccomandazione n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica;*
b. *Raccomandazione n. 12 sui farmaci LASA;*
c. *Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita.*
d. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*

5. Caduta del paziente - Insorgenza di Lesione da pressione - Trombosi Venosa

a. *Raccomandazione n. 13 sulla prevenzione delle cadute;*
a. *Piano regionale sulla prevenzione delle cadute;*
b. *Documento di indirizzo regionale sulle lesioni da pressione;*
c. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*

6. Errata o mancata valutazione iniziale, intermedia, finale del paziente da parte del personale sanitario e FKT

a. *Stesura corretta ed esaustiva della documentazione necessaria alla corretta presa in carico del paziente*
b. *Corretta valutazione dei bisogni inerenti lo stato di salute del paziente*
c. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*

7. Uso di apparecchiature elettromedicali

a. *Malfunzionamento e guasti per problemi tecnici*
b. *Formazione informazione e addestramento del personale*
c. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*

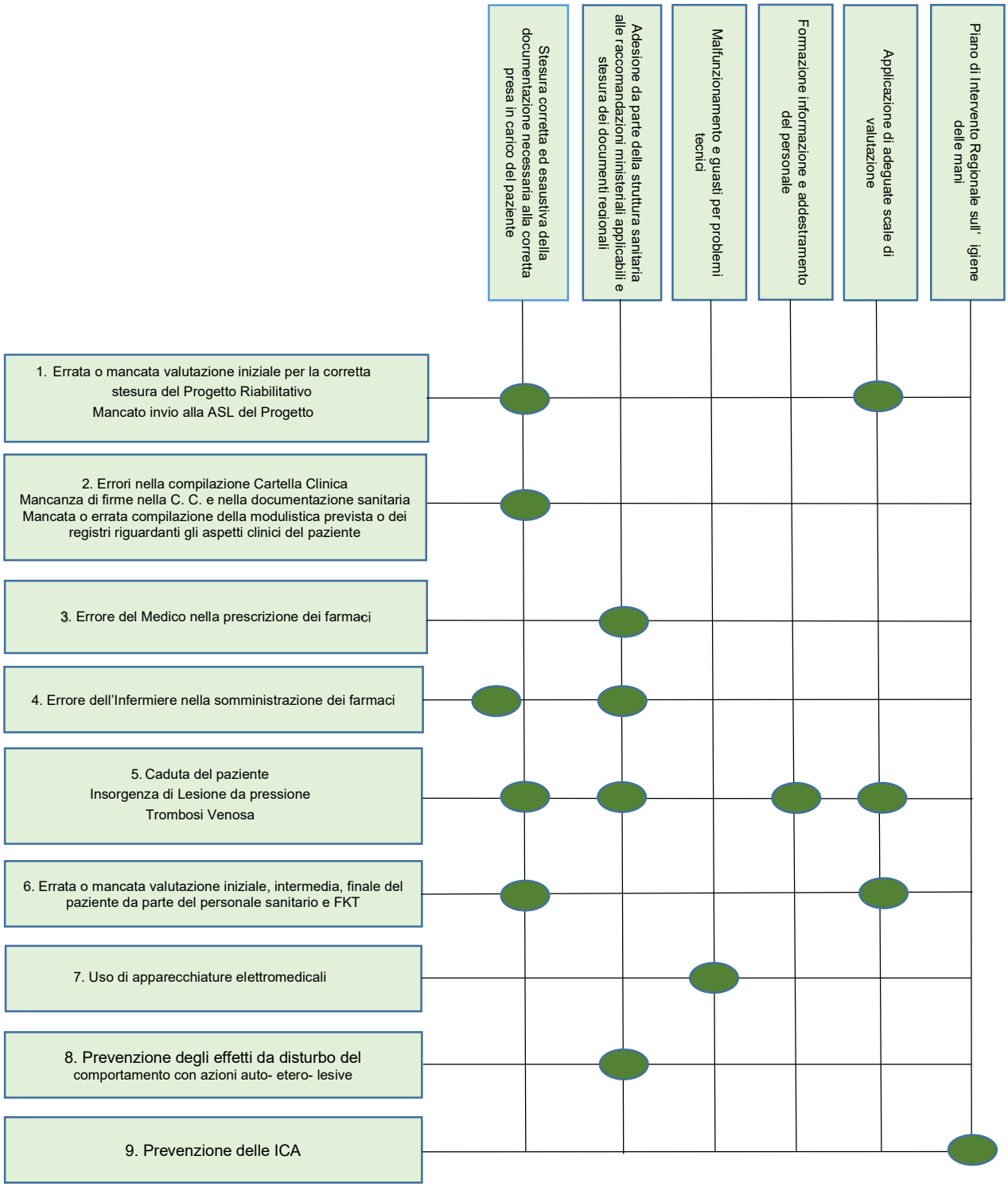
8. Prevenzione degli effetti da disturbo del comportamento con azioni auto- etero- lesive:

a. *Raccomandazione n. 4 sulla prevenzione del suicidio di paziente;*
b. *Raccomandazione n. 8 sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori;*
c. *Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori*
d. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*

9. Prevenzione delle ICA

a. *Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani*
b. *Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469*
c. *Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero (Piano Regionale Prevenzione PROGRAMMA PREDEFINITO PP10)*

## Mappatura del rischio utilizzando il modello a matrice




Dalla mappatura, in sintesi, si evince immediatamente il numero dei documenti di cui, attraverso un processo di sintesi, contestualizzazione e redazione, occorrerà dare evidenza della implementazione all'interno della Struttura.

In conclusione il modello proposto e applicato consente di:

- Orientare il *Risk Manager* nel processo di mappatura del rischio clinico all'interno di una struttura sanitaria;

- Agevolare la stesura del numero minimo di documenti (istruzioni operative e/o procedure) necessario a garantire il governo del rischio (anche infettivo) presente nella Struttura;
- Individuare i nodi a più elevato impatto organizzativo al fine di produrre procedure selettivamente orientate alle specifiche della Struttura in esame.

## B O. AMBITO DI APPLICAZIONE

Sono tenute all'elaborazione del PARS tutte le strutture residenziali pubbliche e private del SSR di seguito elencate:

a) RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA);
b) PRESIDI DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE A FAVORE DI PERSONE PORTATRICI DI DISABILITÀ FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI;
c) STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE;
d) CENTRI RESIDENZIALI PER CURE PALLIATIVE (HOSPICE);
e) CASE ALLOGGIO PER PERSONE CON HIV E AIDS;
f) STRUTTURE RESIDENZIALI PER LA CURA E LA RIABILITAZIONE DELLE PERSONE IN STATO DI DIPENDENZA;
g) OSPEDALE DI COMUNITÀ/PROSSIMITÀ
h) STRUTTURE RESIDENZIALI TERAPEUTICO-RIABILITATIVE PER ADOLESCENTI (S.R.T.R. ADOLESCENTI PER TRATTAMENTI COMUNITARI INTENSIVI E PER TRATTAMENTI COMUNITARI ESTENSIVI);
i) STRUTTURA RESIDENZIALE PER IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE E OBESITÀ

Per l'elaborazione del PARS le strutture sopra elencate dovranno utilizzare lo schema previsto nell'Allegato B (disponibile in forma modificabile sul Cloud regionale), seguendo le istruzioni di seguito riportate.

**NB**: **rientrano nell'ambito di applicazione della sezione B solo le strutture che costituiscono presidi autonomi.** Sono pertanto **escluse** le strutture che, pur rientrando nell'elenco di cui al punto BI, sono da ritenersi articolazioni organizzative di strutture polifunzionali che erogano prestazioni rientranti nel punto AI come, ad esempio, una RSA che sia all'interno di una struttura che prevede anche un reparto di lungodegenza: in questo caso il PARS dovrà essere elaborato secondo le indicazioni contenute nella sezione A.

## B I. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tabella 12 - Presentazione dei dati di attività

| PRESIDIO SANITARIO VILLA ARDEATINA | | | |
|---|---|---|---|
| **DATI STRUTTURALI** | | | |
| **ASL territorialmente competente** | | **ASL RM 2** | |
| **Posti letto Riabilitazione estensiva** | **40** | **Giornate di ricovero Riabilitazione residenziale** | **20465** |
| **Posti letto Riabilitazione Mantenimento** | **20** | | |
| **Posti letto Hospice** | **10** | **Giornate Ricovero Hospice Residenziale** | **3423** |
| | | | |
| **Trattamenti giornalieri ambulatoriali autorizzati** | **200** | | |
| **Trattamenti giornalieri domiciliari autorizzati** | **100** | | |
| **DATI DI ATTIVITÀ** | | | |
| **Trattamenti Ambulatoriali** | | | **57681** |
| **Trattamenti domiciliare riabilitazione** | | | **15251** |
| **Prestazioni domiciliari Hospice** | | | **14013** |

"Villa Ardeatina" è un Presidio Sanitario che prevede un Servizio di Riabilitazione extra-ospedaliero (ex art. 26 L.833/78), accreditato con il Servizio Sanitario Regionale con deliberazione della Giunta Regionale del Lazio. Esso provvede all'assistenza di soggetti adulti per il raggiungimento del più alto livello possibile di indipendenza, compatibilmente alla patologia di cui sono portatori, svolgendo attività di recupero e rieducazione mediante la presa in carico globale e adotta interventi terapeutici di tipo estensivo o di mantenimento.

Villa Ardeatina nasce nel 1991 a completamento di un lungo percorso nel settore riabilitativo iniziato dal centro specialistico romano Villa Fulvia. In tutti questi anni il Centro è costantemente cresciuto nel gradimento dell'utenza, ha acquisito prestigio ed autorevolezza per la qualità dei molteplici servizi offerti in campo riabilitativo.

L'elevata professionalità rende la struttura un luogo idoneo allo svolgersi dei programmi riabilitativi di recupero e assistenza per i pazienti. L'impegno è nel rispondere puntualmente e in modo concreto alle richieste dell'utenza, con una offerta di servizi specialistici e di alto livello. L'elevato livello professionale del proprio personale ha consentito al Centro di Riabilitazione di fornire sempre un servizio di alta qualità con notevole soddisfazione da parte dei pazienti e della struttura regionale (Committente).

Presso la Struttura Riabilitativa, vengono ricoverati in gran parte pazienti provenienti da reparti ospedalieri dopo interventi chirurgici principalmente di impianto di artro-protesi di anca e di ginocchio o di osteosintesi di svariata tipologia, pazienti provenienti da Stroke Unit, affetti da ictus cerebro ischemico o emorragico in fase sub-acuta, pazienti provenienti da reparti di neuro chirurgia sottoposti a recente trattamento chirurgico per neoplasia, trauma o lesioni emorragiche cerebrale o midollare, pazienti affetti da severa polineuropatia acuta a rischio di complicanze respiratorie ( sclerosi multipla, morbo di Parkinson ed altre malattie degenerative del sistema nervoso ), pazienti che hanno subito amputazione di un arto.

Il servizio di rieducazione motoria funzionale è quotidianamente svolto nelle apposite palestre della Struttura Sanitaria fornite di box, apparecchiature Elettro medicali con annesso locale per la statica e la meccano terapia. Tale servizio è erogato in due turni, quello della mattina e quello del pomeriggio integrato, ove necessario, da un ulteriore supplemento di deambulazione pomeridiana

assistita per quei pazienti in fase di progressivo recupero del cammino e verso una corretta esecuzione del passo.
Il predetto servizio è espletato sotto la guida di medici specialisti fisiatri. Viene preliminarmente stilato un progetto riabilitativo provvisorio sull'apposita cartella clinica, dove vengono identificati gli interventi a breve termine e viene stilato un programma riabilitativo che sarà eseguito dal fisioterapista attraverso il ricorso a tecniche di manualità erogate individualmente ,oppure al ricorso di apparecchiature tecniche (tavolo di statica, spalliere, kinetec) e ulteriori macchine elettro-medicali. A distanza di 7/10 giorni dal ricovero verrà redatto il progetto riabilitativo definitivo, condiviso insieme ai familiari o al Care Giver, medico internista, caposala ,T.d.R. ( Terapista della Riabilitazione), T.O. ( Terapista Occupazionale), logopedista, assistente sociale, psicologo ecc. ecc. e a seconda della tipologia della motulesione (approssimativamente divisibile in neurologica e / o ortopedica) si compila una certificazione medica per la richiesta di ausili e ortesi ad uso domiciliare o alla prescrizione della richiesta di prosecuzione della riabilitazione. Se il degente viene dimesso perché la condizione di recupero è sufficiente al rientro in regime domestico, gli viene consegnato ,oltre al documento di dimissione, anche un vademecum sui consigli da adottare a casa su molteplici aspetti che possono permettere di evitare al paziente ,familiari e/o Care giver l'eventuale evento avverso e/o sentinella.
Nel Presidio Sanitario è attivo dal Dicembre 2019 un Servizio Hospice Residenziale e Domiciliare autorizzato con Decreto n. U00459 del 26/10/2017.
L'Hospice nasce per rispondere ai bisogni assistenziali, clinici, psicologici e spirituali del malato oncologico in fase avanzata e terminale e per offrire sostegno ai suoi familiari.
Obiettivo dell'Hospice è quello di garantire un'assistenza globale al malato, personalizzando il prendersi cura in modo da assicurare la qualità di vita di quel malato, nel rispetto della sua dignità.
Gli scopi che persegue sono i seguenti:
● integrare il servizio di cure palliative domiciliari per il controllo e il contenimento del dolore;
● sollevare temporaneamente le famiglie del carico assistenziale;
● permettere ai malati, con brevi ricoveri, di superare situazioni di crisi difficilmente controllabilità casa e che non richiedono degenza ospedaliera;
● sostituire la casa quando quella del malato non sia idonea o quando il malato sia solo;
● facilitare la continuità delle relazioni affettive;
● consentire una "dimissione protetta" al domicilio le dimissioni sono concordate con il Medico di Medicina Generale e con il servizio di assistenza domiciliare dell'Azienda ASL.

Il Presidio Sanitario ha incrementato la sua risposta rispetto le esigenze del territorio infatti è attivo da Agosto 2020 un Servizio RSA autorizzato e ad oggi in fase di accreditamento per la gestione di pazienti non più in grado di rispondere autonomamente alla quotidianità.
La R.S.A. "Villa Ardeatina", a tal proposito, vuole creare un rapporto di dialogo e collaborazione sempre più stretto con l'Ospite, con l'intento di migliorare la qualità del servizio offerto rendendolo non solo più efficiente e tempestivo, ma soprattutto più capace di rispondere alle diverse esigenze di quanti ne usufruiscono. Il nostro obiettivo infatti, è quello di offrire una qualificata accoglienza contraddistinta dall'umanità di tutti coloro che, a vario titolo, operano nella nostra Struttura.

## Comitato Controllo Infezioni Correlato all'Assistenza (CC-ICA)

L'attività del Comitato Controllo Infezioni Correlato all'Assistenza (CC-ICA) è rivolta in modo sistematico alla verifica delle migliori pratiche e alla verifica di quanto effettuato dal personale operante nella struttura durante tutte le attività di assistenza e cura dei pazienti/ospiti della struttura sanitaria e per contribuire in modo fattivo alla conoscenza da parte degli operatori sanitari delle tecniche e degli strumenti del governo clinico per renderlo un elemento fondante alla partecipazione dei professionisti allo sviluppo strategico delle organizzazioni ed è un fattore basilare per la valorizzazione del ruolo e della responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità.

**Garantire la sicurezza è una delle priorità di un moderno sistema sanitario. Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) rappresentano uno rischio rilevante e frequente per la salute dei pazienti e possono determinare l'insorgenza di eventi avversi.**

Proprio per quanto detto sopra già dal 14-2-2019 come ufficializzato nel PAICA 2019 nella struttura è stato istituito ed è operante il Comitato Controllo Infezioni Correlato all'Assistenza (CC-ICA) e questo è così costituito:

| Nomina Professionisti con Attività e Responsabilità | |
|---|---|
| Medico Responsabile CC-ICA | P. Bianchi |
| Medico Responsabile area riabilitativa | G. Grossi |
| Medico responsabile Hospice e RSA | A.M. Scapati |
| Referente Area Medica | A. Almonte |
| Risk Manager | P. Bianchi |
| Coordinatore Sanitario area riabilitativa | O. Said |
| RSPP | M. Spiridigliozzi |

| Nomina Professionisti, Gruppo Operativo | |
|---|---|
| Medico Responsabile CC-ICA | P. Bianchi |
| Referente Area Medica | A. Almonte |
| Coord. Infermieristica addetta al controllo delle infezioni ( A.I.C.A. ) | R. Bettinardi<br>D. Giordani<br>V. Matta |

La programmazione e le scelte aziendali come ad esempio il piano formativo o l'acquisizione di apparecchiature elettromedicali, sono elaborate dal gruppo di lavoro multidisciplinare per la gestione del rischio clinico come indicato nella griglia sovrastante, definendo le priorità delle azioni dell'azienda in relazione alla sicurezza delle cure ed includendo progetti aziendali di sorveglianza e controllo delle ICA, individuati sulla base delle priorità aziendali e regionali per rispondere nel modo più attento e puntuale ai 4 punti per la gestione del rischio:

**PUNTO 1** - Individuazione e registrazione dei pericoli.

**PUNTO 2** - Valutazione dei pericoli per determinare il livello di rischio.

**PUNTO 3** - Individuazione delle misure di prevenzione e protezione.

**PUNTO 4** - Attuazione delle misure.

## B 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, tutte le Strutture sanitarie e

sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una relazione sintetica che accompagni e descriva la tabella di seguito riportata (Tabella 5), che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati:

Tabella 5 - Eventi segnalati nel 2022 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

| Tipo di evento | N. (e % sul totale degli eventi) | Principali fattori causali/contribuenti^ | Azioni di miglioramento | Fonte del dato |
|---|---|---|---|---|
| **Near Miss** | 1 | Strutturali : 1 (04,8%)<br>Procedure/Comunicazione: 17 (80,9 %)<br>Organizzativi:3 (14,3%) | Formazione/informazione al personale nel corso dell'anno 2024 sulla corretta gestione del paziente a rischio caduta e su argomenti inerente il rischio Clinico | Sistemi di reporting Sinistri della direzione Sanitaria (100%) |
| **Eventi Avversi** | **21**<br>**100 % cadute (21)**<br>**0 % altro evento** | | | |
| **Eventi Sentinella** | | | | |

A): 1 fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento di indirizzo per lo classificozione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una tabella sul modello di quella di seguito riportata (Tabella 6), che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in esso riportati:

Tabella 6 -Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

| Anno | N. Sinistri aperti(A) | N. Sinistri liquidati1^ | Risarcimenti erogati(A) |
|---|---|---|---|
| **2019** | 1 | 1 | 30.060,00 |
| **2020** | 0 | 0 | |
| **2021** | 0 | 0 | |
| **2022** | 2 | 0 | |
| **2023** | 1 | 0 | |
| **Totale** | 4 | 1 | 30.060,00 |

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

**NB**: si ricorda che, come ribadito al punto B9. *Modalità di diffusione del documento,* anche al fine di poter ottemperare agli obblighi della L. 24/2017, il PARS **deve essere disponibile (come documento o come *link* che rimanda al documento) sulla *home page* della Struttura**

## B 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

| Anno | Polizza (scadenza) | Compagnia Ass. | Premio | Franchigia | Brokeraggio |
|---|---|---|---|---|---|
| Dal 12/01/2024 Polizza n. 440116826 | 25/07/2025 | GENERALI ASS. ni SPA | 45.843,50 | Euro 5.000,00 per persone euro 1.000,00 per cose | EXE INSURANCE BROKERS SRL |

## B 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

### Obiettivi presenti nel PARS 2023

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

| | |
|---|---|
| **OBIETTIVO A** | Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo. |
| **ATTIVITA' :** | Organizzazione di attività di monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza. |
| **INDICATORE :** | Comunicazione da parte del Referente Area Medica del monitoraggio del consumo espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza con cadenza semestrale. |
| **STANDARD :** | Si |
| **STATO DI ATTUAZIONE:** | Comunicazione presso medico responsabile Rischio Clinico |

| | |
|---|---|
| **OBIETTIVO A** | Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo. |
| **ATTIVITA' :** | Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici attraverso formazione al personale: corso sul corretto uso degli antibiotici e infezioni nosocomiali |
| **INDICATORE :** | Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2023 |
| **STANDARD :** | Si |
| **STATO DI ATTUAZIONE:** | Effettuato 29/11 2023 e 13/12 2023 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBIETTIVO A** | Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo. | | |
| **ATTIVITA' :** | Stesura di una Procedura per la corretta Gestione della Sepsi sulla base di linee guida nazionali per una corretta e tempestiva identificazione e trattamento | | |
| **INDICATORE :** | Stesura Procedura Gestione Sepsi | | |
| **STANDARD :** | revisione | | |
| **FONTE :** | Risk Management | | |
| Matrice delle responsabilità | | | |
| Azione | Direzione Sanitaria | Risk Manager | Risk Management |
| Stesura procedura | R | C | C |
| Applicazione procedura | R | R | R |

***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:***

| | |
|---|---|
| **OBIETTIVO B** | Migliorare la propria attività assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi. |
| **ATTIVITA' :** | Formazione/informazione degli operatori sanitari sui concetti fondamentali sull' utilizzo di sostanze idroalcoliche per l'igiene delle mani e sul più attento utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) come prevenzione di INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA |
| **INDICATORE :** | Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2023 |
| **STANDARD :** | Si |
| **STATO DI ATTUAZIONE:** | Effettuato 29/11 2023 e 13/12 2023 |

***C)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;***

| OBIETTIVO C | Diffondere la cultura della sicurezza delle cure |
|---|---|
| ATTIVITA' : | Formazione/informazione a operatori sanitari su concetti fondamentali inerente la GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO con particolare riferimento alle gestione del Rischio Caduta."Corso sul tema delle cadute e sulla corretta movimentazione dei carichi, raccomandazioni ministeriali, indicazioni regionali e procedure interne" |
| INDICATORE : | Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2023 |
| STANDARD : | Si |
| STATO DI ATTUAZIONE: | Effettuato 06/11 2023 e 01/12 2023 |

| OBIETTIVO C | Migliorare la propria attività assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi. |
|---|---|
| ATTIVITA' : | Progettazione ed esecuzione di almeno una analisi mediante lo strumento di Risk analysis ( Audit Clinico) rivolto a tutti i Reparti della Struttura per la verifica dell'attività sanitaria e la corretta gestione della Cartella Clinica |
| INDICATORE : | Esecuzione di Audit Clinici entro il 30/06/2023 –31/12/2023 |
| STANDARD : | Si |
| STATO DI ATTUAZIONE: | Effettuati nei mesi indicati |

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

| OBIETTIVO D | 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 al contenimento delle infezioni correlate all'assistenza. |
|---|---|
| ATTIVITA' : | Implementare la modalità di segnalazione delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE a partenza del Laboratorio di microbiologia di riferimento |
| INDICATORE : | Verifica delle comunicazioni delle infezioni pervenute presso il Referente dell'Area Medicala con cadenza bimestrale e registrazione su report aziendale. |
| STANDARD : | Si |
| STATO DI ATTUAZIONE: | CC-ICA; Responsabile Area Medica; Medici. |

| OBIETTIVO D | 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 al contenimento delle infezioni correlate all'assistenza. | | |
|---|---|---|---|
| ATTIVITA' : | Implementazione della sorveglianza attiva delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE tramite effettuazione di tampone rettale/coprocoltura. | | |
| INDICATORE : | Verifica dell'effettuazione di tampone rettale/coprocoltura e registrazione su report mensile aziendale . | | |
| STANDARD : | Si | | |
| FONTE : | CC-ICA; Responsabile area medica; Responsabile Laboratorio. | | |
| Matrice delle responsabilità | | | |
| Azione | Responsabile CC-ICA | Medici Reparto/Servizio | Responsabile Laboratorio |
| Effettuazione del tampone rettale/coprocoltura | C | R | I |
| Verifica delle comunicazioni pervenute | R | C | I |
| Applicazione della Istruzione Operativa | C | C | I |

| OBIETTIVO D | 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 al contenimento delle infezioni correlate all'assistenza. | | |
|---|---|---|---|
| **ATTIVITA' :** | Implementazione della sorveglianza tramite effettuazione di tampone sulle ferite chirurgiche | | |
| **INDICATORE :** | Registrazione dell'effettuazione di tampone su essudato di ferite chirurgiche sospette | | |
| **STANDARD :** | Si | | |
| **FONTE :** | CC-ICA; Responsabile area medica; Responsabile Laboratorio. | | |
| Matrice delle responsabilità | | | |
| Azione | Responsabile CC-ICA | Medici Reparto/Servizio | Responsabile Laboratorio |
| Effettuazione del tampone rettale/coprocoltura | C | R | I |
| Verifica delle comunicazioni pervenute | R | C | I |
| Applicazione della Istruzione Operativa | C | C | I |

## B 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del Piano riconosce responsabilità non del tutto sovrapponibili a quelle previste per le strutture che erogano assistenza per l'acuzie e la post-acuzie. Spesso, infatti, la figura del Direttore Sanitario (ove presente) o del Medico Responsabile concentrano sia le responsabilità igienico-sanitarie della struttura che quelle relative alla gestione del rischio. La tabella 13, pertanto, va intesa come semplice esempio, da adattare alle specificità organizzative della singola struttura, purché per ogni azione in essa contenuta, da intendersi come minimo mandatorio, venga individuata una unica figura responsabile.

***Tabella 13 - Matrice delle responsabilità***

| AZIONE | Medico Responsabile | *Risk Manager** | Responsabile Affari Legali/Generali * | Direttore Generale/Proprietà | Strutture di suporto |
|---|---|---|---|---|---|
| **Redazione PARS** | **R** | **C** | **C** | **c** | **-** |
| **Adozione PARS** | **I** | **I** | **I** | **R** | **-** |
| **Monitoraggio PARS** | **R** | **C** | **C** | **I** | **c** |

**Legenda:** R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato *Se presente

## B 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### B 6.1 Obiettivi

In considerazione della complessità organizzativa e assistenziale delle Strutture di cui al punto BI, si è ritenuto di integrare gli obiettivi che, nella sezione B, sono divisi nei punti B6.1 e B6.2. Gli obiettivi strategici sono pertanto i seguenti:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere 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, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;

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

## B 6.2 Attività

In questa sezione vanno elencate le attività che sono previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel punto B6.1. La scelta delle priorità è legata alla specifica valutazione del rischio sanitario.

Per ogni attività deve essere definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo s*tandard* che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l'indicatore non potrà che essere del tipo sì/no, mentre in altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare una percentuale da raggiungere. Si consiglia di indicare *standard* realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

**Le Strutture sono chiamate a declinare un minimo di cinque attività distribuite su tutti e quattro gli obiettivi strategici di cui al punto B6.1**

**NB:** le attività legate a :

a. Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili

b. implementazione dei documenti regionali applicabili (diversi dal Piano Intervento Regionale sull'igiene delle mani)

c. Revisione periodica, almeno triennale delle procedure

**non possono concorrere al raggiungimento del numero minimo di cinque attività** in quanto si tratta di attività mandatorie e/o routinarie. Potranno eventualmente rientrare fra le attività ulteriori che le Strutture potranno definire, sulla base delle specifiche esigenze.

In relazione alla sua complessità, ogni attività andrà scomposta in una o più azioni elementari che andranno declinate in una matrice delle responsabilità specifica, come riportato nell'esempio della Tabella 14.

**NB:** le attività pluriennali vanno declinate e sviluppate per singolo anno. Pertanto nel Piano dovranno essere riportate solo le attività previste per quell'anno solare.

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

| **OBIETTIVO A** | Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo. | | |
|---|---|---|---|
| **ATTIVITA' :** | Organizzazione di attività di monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza. | | |
| **INDICATORE :** | Comunicazione da parte del Referente Area Medica del monitoraggio del consumo espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza con cadenza semestrale. | | |
| **STANDARD :** | Si | | |
| **FONTE :** | CC-ICA; Responsabile Area Medica; Responsabile Qualità. | | |
| Matrice delle responsabilità | | | |
| Azione | Responsabile CC-ICA | Medici Reparto/Servizio | Responsabile Qualità |
| Comunicazione di malattie infettive | C | R | I |
| Verifica delle comunicazioni pervenute | R | C | I |

| **OBIETTIVO A** | Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo. | | |
|---|---|---|---|
| **ATTIVITA' :** | Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici attraverso formazione o la condivisione di materiale informativo al personale: formazione/informazione sul corretto uso degli antibiotici e infezioni nosocomiali | | |
| **INDICATORE :** | Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30/12/2024 | | |
| **STANDARD :** | Si | | |
| **FONTE :** | CC-ICA; Medico Responsabile; Responsabile Qualità. | | |
| Matrice delle responsabilità | | | |
| Azione | Responsabile CC-ICA | Medico Responsabile | Responsabile Qualità |
| Nomina Referente | C | R | C |
| Sviluppo programma | C | R | C |
| Esecuzione programma | R | R | I |

| **OBIETTIVO A** | Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo. | | |
|---|---|---|---|
| **ATTIVITA' :** | Stesura di una Procedura per la corretta Gestione della Sepsi sulla base di linee guida nazionali per una corretta e tempestiva identificazione e trattamento | | |
| **INDICATORE :** | Stesura Procedura Gestione Sepsi | | |
| **STANDARD :** | revisione | | |
| **FONTE :** | Risk Management | | |
| Matrice delle responsabilità | | | |
| Azione | Direzione Sanitaria | Risk Manager | Risk Management |
| Stesura procedura | R | C | C |
| Applicazione procedura | R | R | R |

**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 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi:***

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi | | |
| **ATTIVITA' :** | Formazione/informazione degli operatori sanitari sui concetti fondamentali sull' utilizzo di sostanze idroalcoliche per l'igiene delle mani e sul più attento utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) come prevenzione di INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA | | |
| **INDICATORE :** | Esecuzione di almeno una edizione del Corso o condivisione di materiale informativo entro il 30/12/2024 | | |
| **STANDARD :** | Si | | |
| **FONTE :** | CC-ICA; Medico Responsabile; Responsabile Qualità. | | |
| Matrice delle responsabilità | | | |
| Azione | Responsabile CC-ICA | Medico Responsabile | Responsabile Qualità |
| Nomina Referente | C | R | C |
| Sviluppo programma | C | R | C |
| Esecuzione programma | R | R | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi | | |
| **ATTIVITA' :** | Implementazione del Piano di azione locale per l'igiene delle mani | | |
| **INDICATORE :** | Raggiungimento del livello almeno intermedio nelle sezioni dove attualmente tale risultato non è raggiunto | | |
| **STANDARD :** | Si | | |
| **FONTE :** | CC-ICA; Medico Responsabile; Responsabile Qualità | | |
| Matrice delle responsabilità | | | |
| Azione | Responsabile CC-ICA | Medico Responsabile | Responsabile Qualità |
| Nomina Referente | C | R | C |
| Sviluppo programma | C | R | C |
| Esecuzione programma | R | R | I |

**C)** ***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;***

| | | |
|---|---|---|
| **OBIETTIVO C** | Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi | |
| **ATTIVITA' :** | Formazione/informazione a operatori sanitari su concetti fondamentali inerente la GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO con particolare riferimento alle gestione del Rischio Caduta. "Corso sul tema delle cadute e sulla corretta movimentazione dei carichi, raccomandazioni ministeriali, indicazioni regionali e procedure interne" | |
| **INDICATORE :** | Formazione/informazione degli operatori e distribuzione di materiale informativo tramite Mail aziendale | |
| **STANDARD :** | Si | |
| **FONTE :** | Formazione , Risk Management | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Risk Manager | Responsabile Formazione |
| Progettazione corso | R | C |
| Accreditamento corso | C | R |
| Esecuzione corso | R | I |

| | | |
|---|---|---|
| **OBIETTIVO C** | Migliorare la propria attività assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi. | |
| **ATTIVITA' :** | Progettazione ed esecuzione di almeno una analisi mediante lo sviluppo di Risk Assessment con mappatura e Identificazione dei rischi per una rappresentazione chiara e immediata del ventaglio delle minacce cui si può andare incontro | |
| **INDICATORE :** | Analisi e verifica della corretta ed esaustiva compilazione delle Cartelle Cliniche. | |
| **STANDARD :** | Verifica di almeno n. 30 Cartelle Cliniche al 31/12/2024 | |
| **FONTE :** | Risk Management | |
| Matrice delle responsabilità | | |
| Azione | Risk Manager | Responsabile Formazione |
| Progettazione corso | R | C |
| Accreditamento corso | C | R |
| Esecuzione corso | R | I |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBIETTIVO C** | Migliorare la propria attività assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e il monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi. | | |
| **ATTIVITA' :** | Monitoraggio microbiologico matrici ambientali per superfici a diretto contatto con il paziente. (Arredi, lettini di terapia, stoviglie e aree comuni) | | |
| **INDICATORE :** | effettuazione della rilevazione in tutti i reparti servizi della struttura | | |
| **STANDARD :** | Si | | |
| **FONTE :** | CC-ICA; Medico Responsabile; Responsabile Qualità | | |
| Matrice delle responsabilità | | | |
| Azione | Responsabile CC-ICA | Medico Responsabile | Responsabile Qualità |
| Sviluppo programmazione | R | C | C |
| Esecuzione programmazione | R | R | I |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBIETTIVO D** | 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 al contenimento delle infezioni correlate all'assistenza. | | |
| **ATTIVITA' :** | Implementazione della sorveglianza attiva delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE tramite effettuazione di tampone rettale/coprocoltura. | | |
| **INDICATORE :** | Verifica dell'effettuazione di tampone rettale/coprocoltura e registrazione delle positività su report mensile aziendale . | | |
| **STANDARD :** | Si | | |
| **FONTE :** | CC-ICA; Responsabile area medica; Responsabile Qualità. | | |
| Matrice delle responsabilità | | | |
| Azione | Responsabile CC-ICA | Medici Reparto/Servizio | Responsabile Qualità |
| Effettuazione del tampone rettale/coprocoltura | C | R | I |
| Verifica delle comunicazioni pervenute | R | C | I |
| Applicazione della Istruzione Operativa | C | C | R |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **OBIETTIVO D** | 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 al contenimento delle infezioni correlate all'assistenza. | | |
| **ATTIVITA' :** | Implementazione della sorveglianza tramite effettuazione di tampone sulle ferite chirurgiche | | |
| **INDICATORE :** | Registrazione dell'effettuazione di tampone su ferite chirurgiche e registrazione di quelle risultate infette su report aziendale | | |
| **STANDARD :** | Si | | |
| **FONTE :** | CC-ICA; Medico Responsabile; Medici. | | |
| Matrice delle responsabilità | | | |
| Azione | Responsabile CC-ICA | Medici Reparto/Servizio | Responsabile Qualità |
| Nomina Referente | C | R | C |
| Sviluppo programma | C | R | C |
| Esecuzione programma | R | R | I |

## B 7. Piano di Azione Locale per l'igiene delle mani

### B 7.1 Profilo Aziendale: la Struttura Sanitaria "Villa Ardeatina"

"Villa Ardeatina" è un Presidio Sanitario accreditato con il Servizio Sanitario Regionale con deliberazioni della Giunta Regionale del Lazio.

Villa Ardeatina nasce nel 1991 a completamento di un lungo percorso nel settore riabilitativo iniziato dal centro specialistico romano Villa Fulvia. In tutti questi anni la struttura è costantemente cresciuta nel gradimento dell'utenza, ha acquisito prestigio ed autorevolezza per la qualità dei molteplici servizi offerti in campo riabilitativo.

Dal 2017 Villa Ardeatina è stata autorizzata dalla Regione Lazio come centro residenziale e domiciliare per cure palliative per rispondere ai bisogni assistenziali, clinici, psicologici e spirituali del malato oncologico in fase avanzata e terminale e per offrire sostegno ai suoi familiari.
Dal 2022 Villa Ardeatina è stata autorizzata dalla Regione Lazio come Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) quindi come struttura sociosanitaria residenziale dedicata ad anziani non autosufficienti, ma anche ad adulti disabili, che necessitano di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa a tempo pieno.

L'elevato livello professionale del proprio personale ha consentito alla Struttura Sanitaria Riabilitazione di fornire sempre un servizio di alta qualità con notevole soddisfazione da parte dei pazienti e della struttura regionale (Committente).

Esso provvede a:

- assistenza di soggetti adulti per il raggiungimento del più alto livello possibile di indipendenza, compatibilmente alla patologia di cui sono portatori, svolgendo attività di recupero e rieducazione mediante la presa in carico globale e adotta interventi terapeutici di tipo estensivo o di mantenimento.
    - ✓ Reparto riabilitativo estensivo ex art. 26
    - ✓ Reparto riabilitativo mantenimento ex art. 26
    - ✓ Reparto di RSA

- assistenza residenziale per cure palliative a persone con patologie terminali (Hospice).
    - ✓ Reparto Hospice

- assistenza per il raggiungimento del più alto livello possibile di indipendenza, compatibilmente alla patologia di cui sono portatori, svolgendo attività di recupero e rieducazione o assistenza medico infermieristica mediante la presa in carico nei servizi ambulatoriali e domiciliare
    - ✓ Servizio ex art. 26 ambulatoriale
    - ✓ Servizio ex art. 26 domiciliare
    - ✓ Servizio Hospice domiciliare

Nella corretta strategia di prevenzione delle infezioni veicolate dalle mani dell'operatore rientrano i "Cinque Momenti Fondamentali per l'Igiene delle Mani" che scandiscono i corretti tempi di maggiore importanza in cui l'igiene delle mani la struttura nel corso dello scorso anno ha effettuato l'autovalutazione tramite il "Questionario di Autovalutazione" ripreso dal "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" emesso nel 2021.

Sono state considerate:

| Sezione | Argomento | Livello 2023 | Rilevazione anno 2024 | Livello 2024 |
|---|---|---|---|---|
| A | Requisiti strutturali e tecnologici | Avanzato | 85 | Avanzato |
| B | Formazione del personale | Intermedio | 70 | Intermedio |
| C | Monitoraggio e Feedback | Base | 45 | Base |
| D | Comunicazione permanente | Intermedio | 57,5 | Intermedio |
| E | Clima organizzativo e committment | Intermedio | 70 | Intermedio |

## B 7.2 Destinatari del piano

Il Piano è rivolto a tutti gli operatori del Presidio Sanitario che operano nei diversi setting assistenziali, residenziale, ambulatoriale e domiciliare. Il Piano è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e della Struttura; le Azioni previste dal Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

## B 7.3 Infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite che costituiscono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale. Le ICA includono infezioni trasmesse dall'esterno (**esogene**), da persona a persona o tramite gli operatori e l'ambiente, e infezioni causate da batteri presenti all'interno del corpo (**endogene**).

Le cause sono molteplici:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi e gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili
- l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunosoppressione) o gravi patologie concomitanti
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale
- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA.

Queste infezioni hanno un impatto clinico ed economico rilevante: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le ICA provocano un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e una significativa mortalità in eccesso.

La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l'apparato respiratorio, le ferite chirurgiche, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere.

In Europa, le ICA provocano ogni anno:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza
- 37.000 decessi attribuibili
- 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa.

I costi vengono stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti.

## Come ridurre l'impatto delle ICA

La prevenzione e il controllo delle ICA in tutte le strutture assistenziali rappresentano interventi irrinunciabili per ridurre l'impatto di queste infezioni e, più in generale, per ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti.
Uno dei punti cruciali per il contrasto alle ICA è la definizione e l'applicazione di buone pratiche di assistenza e di altre misure, secondo un programma integrato che deve essere adattato a ogni ambito assistenziale.
Tra le misure chiave che il Presidio Sanitario Villa Ardeatina in tutti i suoi servizi persegue ricordiamo il lavaggio corretto delle mani (che rimane una delle più importanti ed efficaci), la riduzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche non necessarie, il corretto uso degli antibiotici e dei disinfettanti, , il rispetto dell'asepsi nelle procedure invasive, il controllo del rischio di infezione ambientale, la protezione dei pazienti con utilizzo appropriato della profilassi antibiotica, la vaccinazione degli operatori sanitari, le attività di sorveglianza delle infezioni, l'identificazione e il controllo tempestivi delle epidemie, l'eventuale isolamento dagli altri pazienti, il rinforzo delle misure che già di norma devono essere adottate per evitare la trasmissione tra i pazienti.

| Attività | Responsabile dell'implementazione | Arco temporale (data di inizio e fine) | Progressi (incluse variazioni di date e azioni) |
|---|---|---|---|
| Indicazioni inerenti i *REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI* | | | |
| Esaminare le informazioni disponibili sulla compliance all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire un programma di miglioramento. | Responsabile del Rischio Clinico | Dicembre 2024 | |
| Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili:<br>• Indagine sui singoli Reparti/Servizi;<br>• Indagine sul consumo di soluzione alcolica. | Responsible del Rischio Clinico | Gennaio-Dicembre 2024<br>Gennaio-Dicembre 2024 | |
| Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura. | Addetto acquisti | Gennaio 2024 | Secondo esperienza e monitoraggio del consumo effettuato nel 2023 |

| Attività | Responsabile dell'implementazione | Arco temporale (data di inizio e fine) | Progressi (incluse variazioni di date e azioni) |
|---|---|---|---|
| Indicazioni inerenti FORMAZIONE DEL PERSONALE | | | |
| Consolidare le conoscenze degli operatori sulle ICA e sulla base delle specificità e dei bisogni locali con formazione informazioni e addestramento.<br>• Corretto uso dei sanificanti | Responsabile della formazione | Piano Formativo 2024 | |
| Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale inserendo almeno:<br>• Monitoraggio prevenzione e controllo infezioni ferita chirurgica<br>• Gestione della sepsi<br>• Misure di contrasto alla resistenza agli antibiotici | Responsabile della formazione | Piano Formativo 2024 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Incrementare il numero di formatori | Responsabile del Rischio Clinico | Giugno 2024 | |
| Incrementare il numero degli osservatori | Responsabile del Rischio Clinico | Giugno 2024 | |
| Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati. | Direzione Aziendale | Dicembre 2024 | |
| Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori nel caso in cui questi siano vartiati o incrementati: 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. | Responsabile della formazione | Marzo 2024 | |
| Definire nel piano formativo, la formazione obbligatoria di tutti i nuovi assunti con specifica formazione su igiene mani e sanificanti | Responsabile della formazione e Rischio Clinico | Piano Formativo 2024 | |
| Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente). | Responsabile della formazione e Rischio Clinico | Dicembre 2024 | Informazione/opuscoli depliant |
| Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori. | Responsabile del Rischio Clinico | Giugno 2024 | Formazione ripetuta anche con incontri informali durante la normale attività |
| Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione e la sostituzione di quello obsoleto. | Responsabile del Rischio Clinico | Dicembre 2024 | Osservazione o comunicazione da parte dei coordinator di reparto/servizio con richiesta di sostituzione o integrazione |

| Attività | Responsabile dell'implementazione | Arco temporale (data di inizio e fine) | Progressi (incluse variazioni di date e azioni) |
|---|---|---|---|
| Indicazioni inerenti MONITORAGGIO E FEEDBACK | | | |
| Effettuare attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della compliance sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto;; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari. indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone | Responsabile del Rischio Clinico | Giugno 2024<br>Dicembre 2024 | Questionario da inviare su @ Aziendale e rilevazione di quanto pervenuto |
| Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente). | Responsabile della formazione e Rischio Clinico | Piano Formativo 2024 | |
| Presentare i risultati delle osservazioni ogni semestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA. | Responsabile del Rischio Clinico | Giugno 2024<br>Dicembre 2024 | Verifica semestrale |
| Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura. | Responsabile del Rischio Clinico | Dicembre 2024 | Verifica semestrale |
| Monitorare i tassi di ICA su base continuativa mediante la comunicazione su modello M 09.05-51"Statistiche Giornaliere" | Responsabile del Rischio Clinico | Dicembre 2024 | |

| Attività | Responsabile dell'implementazione | Arco temporale (data di inizio e fine) | Progressi (incluse variazioni di date e azioni) |
|---|---|---|---|
| Indicazioni inerenti COMUNICAZIONE PERMANENTE | | | |
| Rinnovare dove necessario il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici e renderlo facilmente visible a pazienti e parenti. | Responsabile del Rischio Clinico | Giugno 2024 | |
| Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al unto di cura, medicherie, ambienti comuni). | Responsabile del Rischio Clinico | Giugno 2024 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici. | Responsabile del Rischio Clinico | Giugno 2024 | Inserire materiale divulgativo in Intranet Aziendale |
| Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli. | Responsabile del Rischio Clinico | Giugno 2024 | |

| Attività | Responsabile dell'implementazione | Arco temporale (data di inizio e fine) | Progressi (incluse variazioni di date e azioni) |
|---|---|---|---|
| Indicazioni inerenti CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT | | | |
| Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture, tramite la condivisione della stesura del Pars e la Verifica di quanto raggiunto nel precedente | Risk Management | Gennaio-Dicembre 2024 | |
| Ampliare il comitato per attuare gestire il piano d'azione locale della Struttura. | Risk Management | Gennaio-Dicembre 2024 | |
| Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori. | Risk Management | Gennaio-Dicembre 2024 | |

## MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente Piano viene archiviato in formato digitale su server aziendale. Una copia cartacea viene resa disponibile presso le medicherie di reparto. I contenuti del presente documento sono condivisi con il personale delle Strutture in formato digitale mediante l'area riservata del sito internet istituzionale che consente di tracciare gli accessi e di richiedere la conferma di presa visione da parte dell'operatore; La diffusione del documento tra gli operatori avverrà inoltre mediante incontri formativi programmati nell'ambito del piano formativo aziendale.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26_02_2021 - "Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani"
- Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.
- DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- Ordinanza Presidente Regione Lazio N. Z00034 del 18/04/2020 "Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e ***gestione dei focolai da SARS – CoV -2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali.***

## B 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

In questa sezione andranno elencate le modalità con cui il documento verrà diffuso nella struttura. Ricordando che **la pubblicazione del documento (o la presenza di un *link* che rimandi direttamente al documento) sulla *home page* della struttura è obbligatoria,** si elencano altre modalità di diffusione del documento, a mero titolo di esempio:

1. Presentazione al Consiglio di Amministrazione;
2. Pubblicazione *su intranet* .

**NB:** entro il 28 febbraio dell'anno solare a cui il documento si riferisce tutte le Strutture pubbliche e private dovranno inviare il PARS in formato pdf nativo all'indirizzo crrc@regione.lazio.it per il caricamento sul *cloud* regionale.

## B 9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Provincie Autonome di Trento e Bolzano concernete la gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure.
2. Raccomandazioni Ministeriali reperibili sul sito del Ministero della Salute
3. Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)
4. Documento di Indirizzo sulla Prevenzione e la Gestione degli Atti di Violenza a danno degli Operatori Sanitari
5. Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani
6. Decreto del Commissario ad Acta 7 Novembre 2017 n. U00469
7. Piano Regionale sulla prevenzione delle cadute
8. Documento di indirizzo Regionale sulle lesioni da Pressione
9. Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita
10. Sito del Ministero della Salute " Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 Marzo 2003
11. Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) del 25/02/2022
12. Determinazione Regione Lazio n. 16501 del 28/11/2022 "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
13. Determinazione Regionale n. G15665 del 23 novembre 2023 recante l'Approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" in sostituzione delle "Linee Guida
14. Nota Regione Lazio U 0091714. del 22/01/2024 avente ad oggetto "Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2024 PARS"