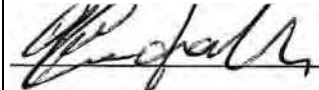


TITOLO DOCUMENTO **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024**

TIPO DOCUMENTO POS – Procedura Operativa Standard IOP – Istruzione Operativa LG – Linea Guida
 PROT - Protocollo PDTA – Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale
 REG - Regolamento Altro (specificare) **PIANO ANNUALE**

| | FUNZIONE | NOMINATIVO | FIRMA | DATA |
|-----------|--|-----------------|---|----------|
| ELABORATO | Coordinatore Comitato Infezioni correlate all'Assistenza | V. Rendo |  | 26/02/24 |
| | Resp. UOS Flussi SDO Codifica e Risk Management | V. Venturini |  | 26/02/24 |
| | Resp. Qualità Accreditamento e Processi | L. Farella |  | 26/02/24 |
| APPROVATO | Direttore Sanitario | Gennaro Capalbo |  | 26/02/24 |

Archiviazione originale UFFICIO QUALITÀ Altro (specificare) _____
Copia Controllata Intranet aziendale Altro (specificare) _____
Lista di distribuzione Tutto il personale interessato Altro (specificare) _____

| ELENCO ALLEGATI (cod) | Descrizione |
|-----------------------|------------------------------|
| 1 | PIANO IGIENE DELLE MANI 2024 |

SOMMARIO

| | |
|---|-----------|
| 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO | 3 |
| 1.1. ORGANIZZAZIONE DEL COMITATO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA | 4 |
| 2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI..... | 5 |
| 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA | 8 |
| 4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS..... | 9 |
| 5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE | 9 |
| 5.1. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO CLINICO 2023 | 10 |
| 5.2. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO 2023..... | 12 |
| 6. OBIETTIVI ED ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2024 | 16 |
| 6.1. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2024 | 16 |
| 6.2. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2024 | 19 |
| 7. APPENDICE RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA | 24 |

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Ospedale *Isola Tiberina – Gemelli Isola* è un Ospedale Classificato gestito dalla Società "Gemelli Isola Società Benefit S.p.a." dal 1° settembre 2022.

Con il DCA 84 del 10/03/2017, l'Ospedale ha ricevuto conferma, condizionata al puntuale adempimento degli obblighi previsti dal Decreto del Commissario ad Acta 585/2015, dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale definitivo.

Con Deliberazione n.665/2022 a seguito della voltura dell'autorizzazione ed accreditamento alla società Gemelli Isola, sono stati contestualmente rimodulati i posti letto nelle aree di degenza.

L'ospedale Isola Tiberina – Gemelli Isola è sede di DEA di I livello ed Unità di Assistenza Perinatale di II livello.

Il piano annuale gestione rischio sanitario PARS viene redatto tenuto conto delle indicazioni regionali contenute nel "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 e successive comunicazioni dal Centro Regionale rischio clinico Prot. N. U.0098868 del 01-02-2022.

I giorni 08/03/23, 09/10/23, 10/10/23, 13/10/23, 10/11/23 e 13/11/23 si sono svolte le verifiche interne da parte degli Enti preposti (ASL RM1) per il mantenimento dei requisiti ulteriori di accreditamento (ai sensi del DCA 552/2017 ed in attuazione dell'art.12 del R.R. 3/2007).

Le verifiche si sono concluse con esito positivo.

Tabella 1 – Dati di struttura e di attività

| DATI STRUTTURALI | | | |
|----------------------------------|---|-------------------------------|----|
| Posti letto ordinari accreditati | | Medicina | 22 |
| | | Neurologia | 6 |
| | | Oncologia | 10 |
| | | Medicina d'Urgenza | 10 |
| | | Cardiologia | 19 |
| | | Chirurgia generale | 32 |
| | | Urologia | 11 |
| | | Ortopedia | 13 |
| | | Otorinolaringoiatria | 13 |
| | | Oculistica (solo autorizzato) | 1 |
| | | Ostetricia e Ginecologia | 56 |
| | | Neonatologia | 13 |
| | | Nido | 36 |
| Posti letto diurni | | DH medico | 18 |
| Posti letto diurni | | DH chirurgico | 4 |
| Terapie intensive | 3 | Rianimazione | 12 |
| | | UTIC | 4 |
| | | Terapia intensiva neonatale | 12 |
| Numero Blocchi operatori | 2 | Numero sale operatorie | 6 |
| Altre Sale Chirurgiche | | Chirurgia ambulatoriale | 4 |

| DATI DI ATTIVITÀ ^(A) | | | |
|---------------------------------|--------|--|--------------------|
| Ricoveri ordinari | 16.555 | Ricoveri diurni | 1.810 |
| Accessi PS | 30.998 | Parti | 3.105 |
| (di cui ricoverati) | 21% | Nati | 3.165 |
| Branche specialistiche | 26 | Prestazioni ambulatoriali erogate (incluso Diagnostica di Laboratorio) | 676.380 regime SSN |

(A): Dati forniti dalla Direzione Sanitaria e aggiornati al 31/12/2023.

1.1. ORGANIZZAZIONE DEL COMITATO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) è stato istituito nel 20/02/2015 con prot. N. 651/DG.

In occasione del cambio di gestione è stata rivista la composizione del Comitato ICA e soprattutto, in ottemperanza alla pubblicazione della Determina regionale del 28/11/2022 prot. N. G16501 dal titolo "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza", è stata integrata nel comitato la figura del medico Infettivologo e del Microbiologo. Nel 2023 si è aggiunta la figura dell'Assistente Sanitario che svolge attività di Infection control.

Il comitato ICA è composto dalle seguenti figure:

Presidente: Direttore Sanitario

Direttore UOC Laboratorio

Direttore UOC Farmacia

Dirigente Farmacista

Responsabile SITRA

Direttore UOC Chirurgia digestiva e Colon retto

Direttore UOS Medicina

Direttore UOC Dipartimento Anestesia e Rianimazione

Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia

Direttore UOC Neonatologia e TIN

Medico di Direzione Sanitaria

Medico Infettivologo

Assistente Sanitaria

Il Comitato si riunisce ogni 2 mesi e tutte le volte che se ne ravveda l'opportunità.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

2.1 EVENTI

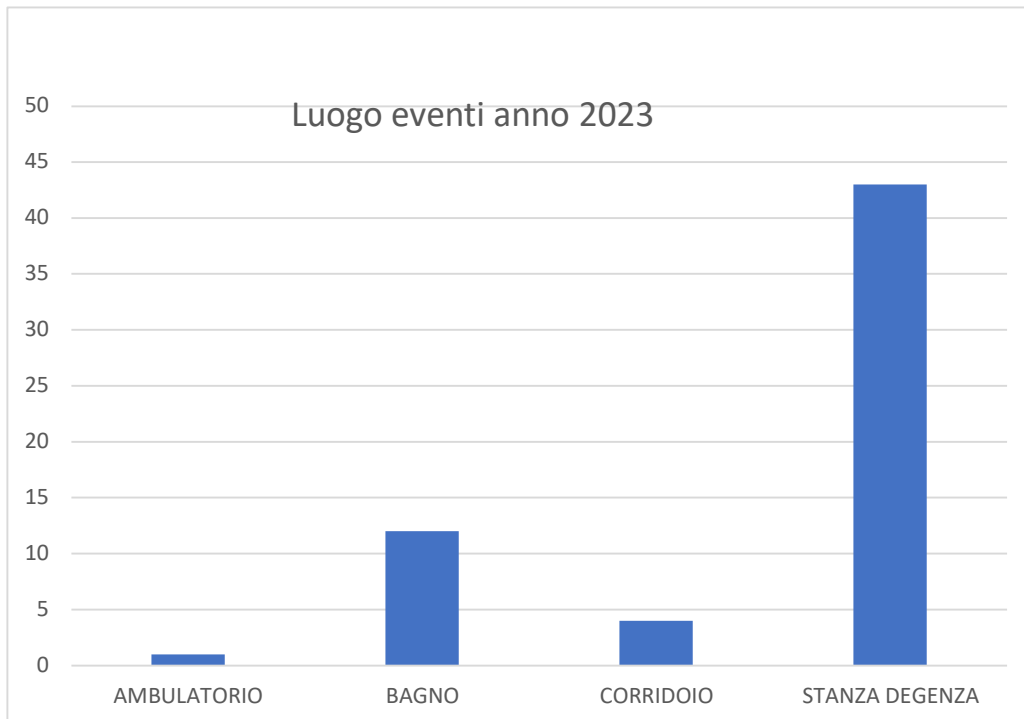
Nel corso dell'anno 2023 sono state raccolte 76 segnalazioni di cui l'80% riguarda le cadute.

Nel mese di ottobre è stato acquisito il software TALETE per la gestione delle segnalazioni e del rischio clinico aziendale; fino a tale data le segnalazioni sono state gestite secondo le precedenti modalità cartacee.

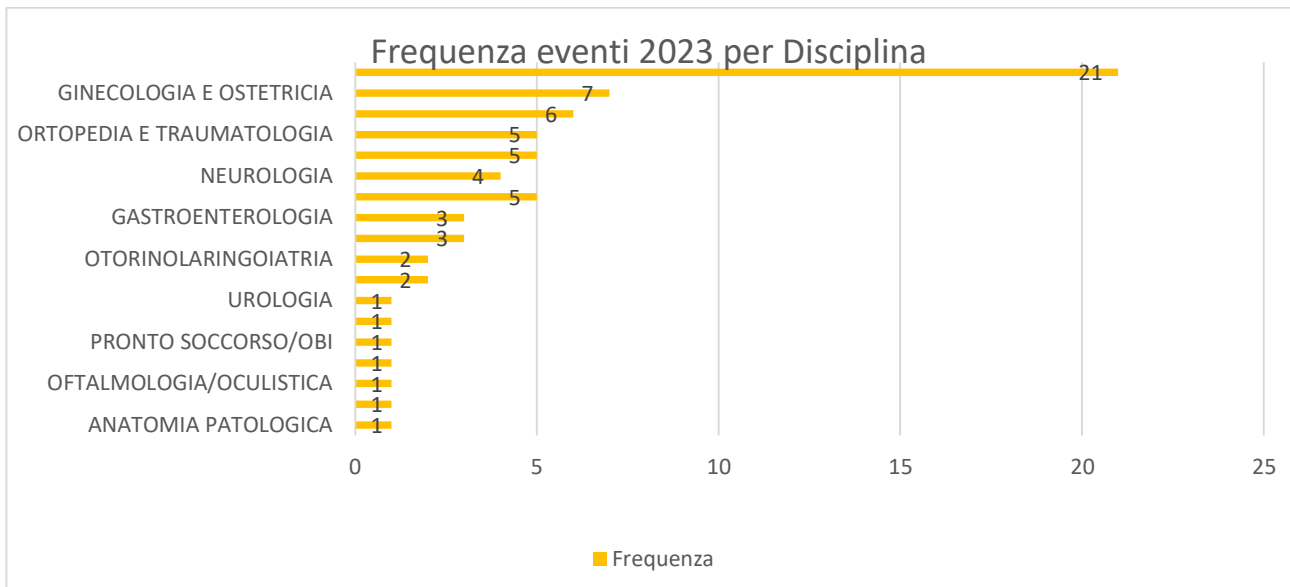
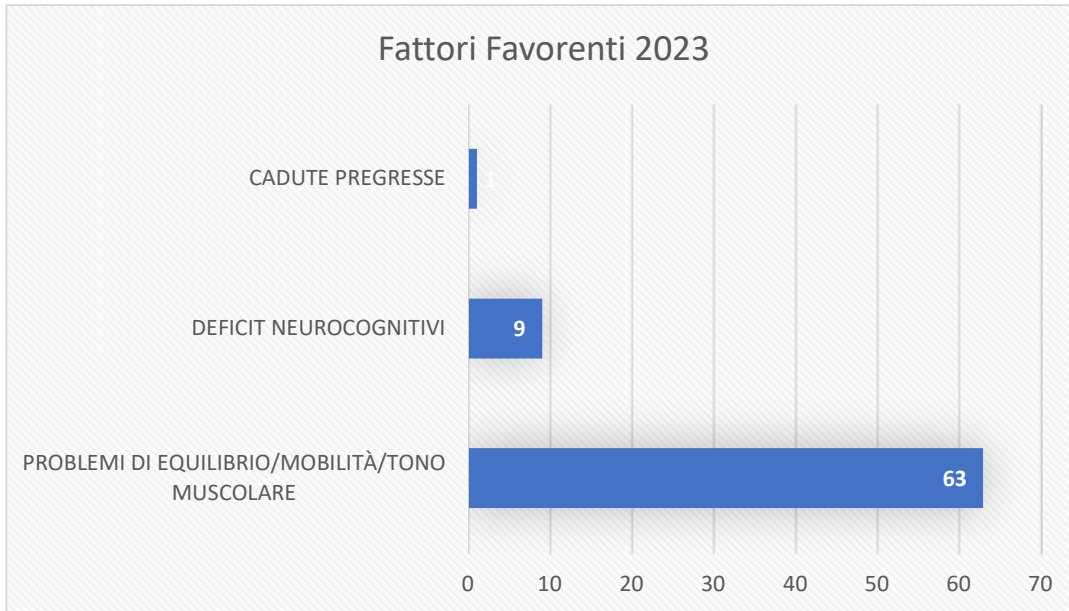
Si attende un progressivo aumento di utilizzo di tale strumento nel corso dell'anno corrente tenuto conto del tempo fisiologico di assestamento legato alla familiarizzazione di tutto il personale con la nuova procedura con conseguente aumento del numero complessivo di segnalazioni ancora largamente sottostimato rispetto all'atteso.

La tabella sottostante descrive i numeri e la tipologia di eventi registrati nel 2023.

| Luogo | Conteggio di Data e Ora |
|----------------|-------------------------|
| AMBULATORIO | 1 |
| BAGNO | 12 |
| CORRIDOIO | 4 |
| STANZA DEGENZA | 43 |

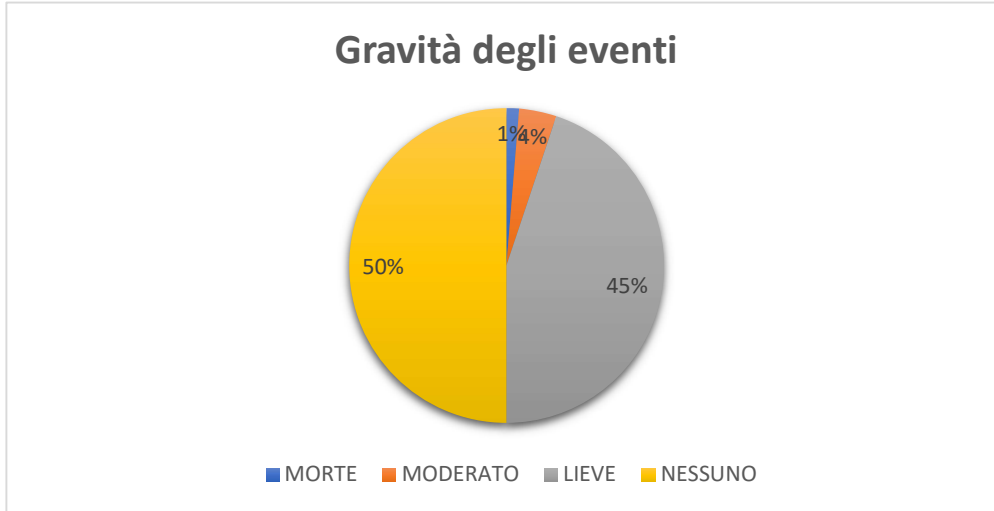


| Fattori Favorenti | Frequenza |
|--|-----------|
| PROBLEMI DI EQUILIBRIO/MOBILITÀ/TONO MUSCOLARE | 63 |
| DEFICIT NEUROCOGNITIVI | 9 |
| CADUTE PREGRESSE | 1 |



| Gravità Evento | Frequenza |
|----------------|-----------|
| MORTE | 1 |
| MODERATO | 3 |

| | |
|---------|----|
| LIEVE | 35 |
| NESSUNO | 39 |



2.2 SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (ART. 4, C. 3 DELLA L.24/2017)

| ANNO | N. SINISTRI(A) | RISARCIMENTI EROGATI(B) |
|------|--|-------------------------|
| 2017 | 51 | 75.853,00 € |
| 2018 | 20+15 | 500.000,00 € |
| 2019 | 20 + 6 | 41.480,55 € |
| 2020 | 26 | 575.000,00 € |
| 2021 | 21 | 0 |
| 2022 | 17 | 0 |
| 2023 | 16 Gemelli Isola + 17 Casa Generalizia | 0 |

(A): riportate solo le richieste di risarcimento relative al rischio clinico, escludendo i sequestri di cartelle cliniche non correlati a danni da responsabilità professionale e gli eventi non connotabili come sinistri (ad esempio smarrimento effetti personali, richieste di rimborso, ecc.)

(B): riportati i risarcimenti erogati dall'ospedale al netto della copertura assicurativa relativamente ai sinistri aperti nell'anno (a prescindere dalla data del pagamento)

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

| ANNO | | POLIZZA | COMPAGNIA ASSICURATIVA | RITENZIONE ASSICURATIVA | BROKERAGGIO |
|---------------------------|--|-----------------------------------|------------------------|--|-----------------------|
| 2018 I sem | | 90449.1 | Swiss Re | 350.000,00 € | Ecclesia Geas |
| 2018 II sem | | IMED000014 | AIG | 250.000,00 € 500.000,00 € (maternità/ostetricia) | Ecclesia Geas |
| 2019 (fino al 31.10.2019) | | IMED000014 | AIG | 250.000,00 € 500.000,00 € (maternità/ostetricia) | Ecclesia Geas |
| 2019 (dal 31.10.2019) | | RCH00020000009 | Am Trust | 350.000,00 € Aggregata annua 225.000,00 € | Ecclesia Geas |
| 2020 | | RCH00020000009 | Am Trust | 350.000,00 € Aggregata annua 225.000,00 € | Ecclesia Geas |
| 2021 (fino al 31.10.2021) | | RCH00020000009 | Am Trust | 350.000,00 € Aggregata annua 225.000,00 € | Ecclesia Geas |
| 2021 (dal 31.10.2021) | | RCH00020000108 | Am Trust | 350.000,00 € Aggregata per contratto 500.000,00 € | Ecclesia Geas |
| 2022 | | RCH00020000108 | Am Trust | 350.000,00 € Aggregata per contratto 500.000,00 € | Ecclesia Geas /AON |
| 2023 | | Fino a 31/07/23 RCH00020000108 | Am Trust | € 350.000,00 Aggregata per contratto € 500.000,00 | AON |
| 2023 | | Dal 01/08/2023 RCH00020000186 | Am Trust | € 500.000,00 Aggregata per contratto € 0 | AON |
| 2023 | | Dal 01/08/2023 RCH00020000187 | Am Trust | € 50.000,00 Aggregata assistita per anno: € 2.000.000,00 | AON |

Fonte dati: Ufficio Affari Legali

4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

| Azione | Presidente CCICA/Medico di Direzione Sanitaria | Risk Manager | Responsabile Affari Legali | Direttore Sanitario | Direzione Operation | Strutture di supporto |
|---|--|--------------|----------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| Redazione PARS | C | R | C | C | C | - |
| Redazione Tabelle Sinistrosità e Posizione Assicurativa | C | C | R | I | C | - |
| Redazione Resoconto ed Obiettivi Rischio Clinico | R | C | I | I | I | - |
| Approvazione PARS e diffusione a tutto il personale | I | I | I | R | C | - |
| Monitoraggio PARS (eccetto rischio infettivo) | C | R | C | I | C | C |
| Monitoraggio Rischio Infettivo | R | C | I | I | I | C |

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

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito sono riportati i risultati ottenuti nel 2023 in relazione agli obiettivi e attività prefissati e/o eventuali ulteriori azioni intraprese.

Il Piano Annuale di Rischio sanitario 2023 è stato redatto secondo gli indirizzi delle Linee Guida Regionali, tenendo conto delle linee di attività già implementate nel Piano Annuale di Risk Management 2021 e sviluppando ulteriori attività sulla base dei risultati e secondo la logica del miglioramento continuo.

Le attività previste nel Piano Annuale Rischio sanitario 2023 sono state tutte costantemente monitorate dal Risk Manager, attraverso una contestuale azione di supporto all'organizzazione in funzione delle criticità via via rilevate.

Si riporta di seguito la descrizione delle Attività relative agli obiettivi previsti nel PARS 2023, con definizione di attività, realizzazione e stato di attuazione.

5.1. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO CLINICO 2023

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

| Attività 1 | Realizzata | Stato di attuazione |
|---|------------|--|
| Progettazione ed esecuzione di un corso base sulla gestione del rischio clinico | SI | Il corso di formazione si è svolto in n.7 edizioni in Aula, coinvolgendo il personale sanitario di afferenza multidisciplinare (reparti/servizi/ambulatori). |

| Attività 2 | Realizzata | Stato di attuazione |
|--|------------|---|
| Individuazione dei facilitatori di UU.OO. per il rischio clinico e formazione sui principi base di risk management | SI | Sono stati individuati facilitatori per le Aree di afferenza: Medica, Chirurgica, dei Servizi e materno Infantile |

| Attività 3 | Realizzata | Stato di attuazione |
|---|------------|---|
| Implementazione di un sistema informatizzato di segnalazione degli eventi avversi e near miss | SI | E' stato acquisito il software TALETE nel mese di ottobre. Sono state svolte giornate di formazione in Aula rivolte distintamente a: Risk Manager Referenti clinici del Comitato Rischio Clinico (profilo amministratore) e per il personale sanitario ospedaliero. |

OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRA-VERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI

| Attività 1 | Realizzata | Stato di attuazione |
|---|------------|--|
| Verifica dell'aderenza delle Raccomandazioni Ministeriali | SI | Effettuate 90 verifiche su check list per adesione a Raccomandazioni Ministeriali su Aree Mediche, chirurgiche (incluso Blocco Operatorio e Blocco Parto) e Materno Infantile. |

| Attività 2 | | |
|----------------------------|----|---|
| Attività 2: attività FMECA | SI | Avviata 1 attività FMECA: Procedura di valutazione dei rischi con metodo FMEA di esposizioni accidentali e indebite nelle pratiche radioterapeutiche. Non ancora conclusa in quanto coinvolgente più centri del Lazio |

OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

| Attività 1 | Realizzata | Stato di attuazione |
|---|------------|-------------------------------|
| Revisione dei protocolli di sicurezza in Sala Operatoria e protocolli di antibiotico profilassi | SI | Protocolli attualmente in uso |

N.B. AD INTEGRAZIONE DEGLI OBIETTIVI GIÀ FISSATI PER L'ANNO 2023 SI È PROCEDUTO ALL'IMPLEMENTAZIONE E PRESA IN CARICO DI ULTERIORI ATTIVITA':

- ✓ ELABORAZIONE PROCEDURA SULL'ALLONTANAMENTO DEL PAZIENTE (GIÀ CARICATA SU PORTALE ALFRESCO)
- ✓ CICLO DI CORSI DI FORMAZIONE SU RESPONSABILITÀ CIVILE SANITARIA E SINISTRI (8 GIUGNO E 28 SETTEMBRE 2023)
- ✓ ELABORAZIONE E DIFFUSIONE DI NUMEROSI PROTOCOLLI AD USO INTERNO DELLE UU.OO.
- ✓ REVISIONE DI TUTTE LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI
- ✓ AUDIT SU EVENTI SEGNALATI
- ✓ REVISIONE PROCEDURA SU CONSENSO INFORMATO
- ✓ PARTECIPAZIONE FORMAZIONE NUOVO PORTALE SIREs
- ✓ COMPILAZIONE QUESTIONARIO AGENAS DM 19/12/22
- ✓ CREAZIONE DI UN EVENTO IN OCCASIONE DELLA GIORNATA NAZIONALE SULLA SICUREZZA DELLE CURE

5.2. RESOCONTO ATTIVITA' RISCHIO INFETTIVO 2023

Il Comitato ICA, deliberata la nuova composizione il 5/12/22, nel 2023 si è riunito 8 volte portando a termine tutti gli obiettivi del PARS e implementati altre attività di prevenzione e controllo delle ICA:

1. Implementazione di nuovi protocolli e revisione di procedure aziendali e verifica dell'adesione alle procedure e protocolli aziendali in tema di controllo e prevenzione ICA
2. screening dei tamponi rettali per CRE in Rianimazione
3. istituzione del gruppo di lavoro per l'Antimicrobial Stewardship
4. pianificazione del programma sull'adesione all'igiene delle mani
5. indagine di prevalenza delle ICA in ospedale
6. attivazione di un sistema di Alert giornaliero per notificare ai reparti e servizi le positività registrate al fine di creare un flusso informativo tra il servizio di Microbiologia e il reparto per il tramite della Direzione Sanitaria;
7. elaborazione di report semestrale sul consumo antibiotici, gel antisettico, su colonizzazioni/infezioni da CRE e microrganismi Alert
8. piano formativo
9. Partecipazione alla sorveglianza nazionale sul consumo di gel antisettico
10. Audit su risultati osservazione igiene delle mani nei reparti

1. Sono stati implementati e revisionati i seguenti protocolli e procedure:

- protocollo di antibiotico profilassi rev. n. 5
- protocollo sulla sorveglianza da CRE *FBFGI CC-ICA PROT 05 Sorveglianza delle infezioni da germi MDR ed Enterobatteri resistenti ai carbapenemi*
- protocollo sulle infezioni da clostridioides
- protocollo sulla sorveglianza dei germi sentinella rev. n. 4
- procedura su corretta igiene mani e uso dei guanti rev. 2
- revisione protocollo di sorveglianza antinfettivi
- reprocessing endoscopi

Per quanto riguarda il protocollo sulla sorveglianza da CRE sono state implementate le seguenti attività:

- sorveglianza dei contatti in caso di infezione da CRE in reparto
- informativa da consegnare al paziente portatore del germe multiresistente in fase di dimissione
- appositi cartelli per l'isolamento della stanza e del letto del paziente
- apposito regolamento per l'accesso in Rianimazione
- verifiche sull'applicazione delle misure di isolamento previste in caso di colonizzazione/infezione da CRE

2. E' attivo dal 2023 un sistema di screening per la sorveglianza dei CRE in rianimazione e in area medica per tutti quei pazienti che rientrano nelle categorie a rischio.

TOTALE TAMPONI RETTALI ESEGUITI NEL 2023

| Unità operative | Tamponi eseguiti | Tamponi positivi |
|-------------------|------------------|------------------|
| Area medica | 77 | 8 |
| Terapie intensive | 548 | 26 |
| Area chirurgica | 5 | 1 |

- Il **Team Antimicrobial Stewardship, istituito il 7/03/2023 prot. N.89/DS**, composto da Medico Infettivologo, Microbiologo, Farmacista, Medico Igienista, si è riunito 4 volte e ha portato a termine tutti gli obiettivi prefissati e l'effettuazione di 11 edizioni dei meeting formativi sull'appropriatezza antibiotica.
- E' stata presa in carico il Piano di azione locale igiene delle mani** con i seguenti interventi correttivi e di miglioramento:
 - sostituzione prodotto a base di gel alcolico
 - censimento e implementazione dei dispenser per la soluzione antisettica
 - reportistica dei dati del consumo di gel alcolico nelle unità operative
 - formazione su igiene delle mani, precauzioni standard e misure di isolamento prioritariamente al personale sanitario delle Terapie intensive (n.5 edizioni).
 - Dal questionario di autovalutazione dell'igiene delle mani il punteggio dell'Ospedale IT GI è aumentato in tutti i requisiti.

PUNTEGGI QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE 2022-2023

| | 2022 | 2023 | Livello 2023 |
|--------------------------------------|------|------|-------------------|
| Requisiti strutturali e tecnologici | 35 | 65 | intermedio |
| Formazione personale | 65 | 85 | avanzato |
| Valutazione, monitoraggio e feedback | 55 | 85 | avanzato |
| Comunicazione permanente | 77,5 | 77,5 | intermedio |
| Clima organizzativo e commitment | 35 | 65 | intermedio |

- E' attivo un sistema di monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani che però nel 2023, in considerazione della carenza di personale rilevatore appositamente formato, ha permesso il raggiungimento dello standard solo in alcuni reparti: Rianimazione il 90%, Area medica l'85%, Area chirurgica 80%.
 - In occasione delle verifiche sulle misure di isolamento e precauzioni da contatto sono stati condivisi con la ditta di pulizie nuovi disinfettanti da utilizzare nelle aree critiche.
 - Inoltre è stata organizzata la giornata mondiale sull'igiene delle mani il 5 maggio 2023.
- A dicembre è stata effettuata una **indagine di prevalenza delle ICA** in ospedale che ha registrato l'11% di ICA in quel determinato periodo (Media nazionale 8% -Prevalence of healthcare-associated

infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: results from two European point prevalence surveys, 2016 to 2017) e il 46 % di inappropriata della terapia antibiotica.

6. **L'attivazione del sistema Alert di germi sentinella** ha permesso la verifica sul campo dell'adozione delle misure di isolamento e da contatto previste da protocollo e sulle non conformità rilevate sono stati eseguiti n. 4 audit con i Direttori e Coordinatori delle UU.OO. interessate. Inoltre il sistema Alert ha permesso di identificare precocemente i cluster in reparto e intervenire tempestivamente con le misure correttive e di miglioramento.

Si riportano in tabella 6 i risultati degli obiettivi contenuti nel PARS 2023 per le attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo:

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

| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
|--|------------|--|
| Attività 1: Corso di formazione su monitoraggio e controllo delle ICA: Igiene Mani e misure di isolamento | SI | Nel 2023 sono state formate le aree più critiche dell'ospedale: Rianimazione, UTIC e Terapia intensiva neonatale |
| Attività 2: Istituzione e programma di un Antimicrobial Stewardship Team | SI | E' stato istituito il Team Antimicrobial Stewardship il 7/03/2023. |
| Attività 3: Progettazione ed esecuzione di meeting formativi sull'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici | SI | Sono stati effettuati 11 meeting formativi sull'appropriatezza antibiotica |

OBIETTIVO B: IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA

| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
|--|------------|---|
| Attività 1: Programma di monitoraggio sulla corretta applicazione delle procedure aziendali sulle ICA | SI | Sono state effettuate 50 verifiche sull'applicazione delle misure di isolamento in tutti i reparti su segnalazione dei germi sentinella |
| Attività 2: Elaborazione e/o revisione di procedure e Bundle secondo le priorità P1 e P2 | SI | Sono stati implementati i documenti secondo le priorità P1 |
| Attività 3: Indagine di prevalenza ICA | SI | E' stata effettuata una indagine di prevalenza delle ICA in ospedale |

| | | |
|---|----|---|
| Attività 4: Misurazione della compliance all'igiene delle mani | SI | E' stata misurata la compliance all'igiene delle mani in alcuni reparti |
|---|----|---|

OBIETTIVO C: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA.

| Attività | Realizzata | Stato di attuazione |
|--|------------|--|
| Attività 1: Elaborazione e diffusione con cadenza semestrale di report sulla diffusione delle colonizzazioni/infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) e dei microrganismi Alert | SI | Obiettivo soddisfatto |
| Attività 2: Elaborazione e diffusione con cadenza semestrale di report sul consumo dei farmaci antimicrobici espressi in DDD/100 giornate di degenza | SI/NO | E' stato elaborato e diffuso il report sui consumi di antibiotici ma è in fase di attuazione la reportistica in unità di misura DDD/100 gg degenza |
| Attività 3: Screening Tampone rettale CRE ai pazienti ricoverati in Rianimazione all'ammissione in ospedale | SI | Obiettivo soddisfatto |
| Attività 4: Screening Tampone rettale CRE ai pazienti ricoverati in Medicina all'ammissione in ospedale | SI | Obiettivo soddisfatto |

6. OBIETTIVI ED ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2024

6.1. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO 2024

Con l'emanazione della Determinazione regionale prot. N. G00643 del 25/01/2022 è stato approvato il documento recante "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" e sono state approvate le linee guida, identificati gli obiettivi strategici da declinare in linee di attività aziendali da implementare nel corso dell'anno 2023.

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

In questa sezione sono dettagliatamente illustrate le linee di attività individuate e in dettaglio indicate standard e matrice delle Responsabilità, strutture responsabili e strutture coinvolte.

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

| ATTIVITÀ 1 – Corso FAD base sulla Gestione del rischio clinico | | |
|---|--------------|---------------|
| INDICATORE partecipazione al corso di almeno il 40% degli operatori sanitari entro il 31/12/2024 | | |
| STANDARD SI | | |
| FONTE UOS Risk Management | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Risk manager | UO Formazione |
| Progettazione del corso | R | C |
| Accreditamento del corso | C | R |
| Esecuzione del corso | R | I |

OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI

| ATTIVITÀ 1 Piano di Assistenza Individuale (PAI): documento che raccoglie tutte le informazioni di un malato in stato di bisogno per poter impostare un progetto di cura multidisciplinare incentrato sulle sue specifiche esigenze. | | |
|---|--------------|-------------------------|
| INDICATORE Adesione da parte di tutto il personale infermieristico per i reparti di Medicina, Chirurgia, Cardiologia, Solventi | | |
| STANDARD SI | | |
| FONTE UOS Risk Management | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Risk manager | DIREZIONE ASSISTENZIALE |
| Introduzione ed applicazione PAI | C | R |
| Verifica dell'attività | C | I |

| ATTIVITÀ 2 Implementazione Braccialetto di Identificazione del Paziente presso il Pronto Soccorso | | |
|--|--------------|--|
| INDICATORE utilizzo del braccialetto su tutti i pazienti con ingresso in PS entro il 31/12/2024 | | |
| STANDARD SI | | |
| FONTE UOS Risk Management | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Risk manager | Direttore Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza |
| Avvio utilizzo braccialetto su tutti i pazienti destinati a ricovero | I | R |
| Monitoraggio | I | R |

| ATTIVITÀ 3 Implementazione Check List Cartella Clinica | | |
|---|--------------|-------------|
| INDICATORE controllo e verifica di almeno il 10% dei ricoveri ordinari+DH entro il 31/12/2024 | | |
| STANDARD SI | | |
| FONTE UOS Risk Management | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Risk manager | Ufficio SIO |
| Condivisione nuovi protocolli e nuove checklist con il personale addetto all'Ufficio SIO | R | C |
| Trasmissione e monitoraggio | R | C |

OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

| ATTIVITÀ 1 Piano Integrato Qualità e Sicurezza | | |
|---|--------------|---------------------------------|
| INDICATORE Elaborazione e diffusione entro il 31/12/2024 | | |
| STANDARD SI | | |
| FONTE UOS Risk Management | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Risk manager | Ufficio Qualità ed Accredimento |
| Istituzione Gruppo di lavoro | C | R |
| Condivisione requisiti e documentazione richiesta con i responsabili Direttori e coordinatori di UO | C | R |
| Trasmissione e monitoraggio | C | R |

| ATTIVITÀ 2 – Seminari di approfondimento in tema di responsabilità professionale | | |
|--|--------------|---------------|
| INDICATORE Svolgimento di almeno due giornate di approfondimento in tema di responsabilità professionale e due giornate per la gestione della cartella clinica | | |
| STANDARD SI | | |
| FONTE UOS Risk Management | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Risk manager | Affari Legali |
| Seminari di approfondimento in tema di responsabilità professionale | I | R |
| Trasmissione e Attività di formazione | C | R |
| Monitoraggio dell'adesione | C | R |

| ATTIVITÀ 3 – Procedura di Gestione della Cartella Clinica | | |
|--|--------------|-----------------|
| INDICATORE Elaborazione di una procedura sulla Gestione integrata della Cartella Clinica e diffusione al personale sanitario ed amministrativo interessato | | |
| STANDARD SI | | |
| FONTE UOS Risk Management | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Risk manager | Ufficio Qualità |
| Elaborazione Procedura Gestione Cartella Clinica | R | C |
| Trasmissione e Attività di formazione | R | C |
| Monitoraggio dell'adesione | C | R |

6.2. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2024

In ottemperanza a quanto riportato:

- nella nota regionale “Piano annuale di rischio sanitario 2024” del 22-01-2024 prot. N. U.0091714
- nel documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza, del 28/11/22 prot. N. G16501
- nel Piano regionale di intervento regionale sull’igiene delle mani, del 26/02/21 prot. N. G02044

e in virtù degli obiettivi strategici riportati dal documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano annuale rischio sanitario (PARS), del 25/01/22 prot. N. G00643, si confermano i seguenti scopi:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale
- 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 produttori di carbapenemasi (CPE).

Nelle tabelle sottostanti sono riportati gli obiettivi e le attività da svolgere per l’anno 2024, comprensive di indicatore, standard di riferimento e matrice delle responsabilità.

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

| ATTIVITÀ 1: CORSO DI FORMAZIONE SU IGIENE MANI, PRECAUZIONI DA CONTATTO E MISURE DI ISOLAMENTO | | |
|---|------------------------|--------------------|
| INDICATORE: personale sanitario formato sulle attività di prevenzione delle ICA | | |
| STANDARD:40% | | |
| FONTE: TEAM INFECTION CONTROL | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Team Infection Control | Ufficio Formazione |
| Programmazione corso di formazione e acquisizione crediti ECM | R | R |
| Esecuzione edizioni | R | I |
| Verifica dell’effettiva acquisizione di conoscenze e competenze in campo | R | I |

| ATTIVITÀ 2-MEETING FORMATIVI SU APPROPRIATEZZA ANTIBIOTICA | | |
|--|--------------------------|--------------------|
| INDICATORE: PERSONALE MEDICO FORMATO SU APPROPRIATEZZA ANTIBIOTICA | | |
| STANDARD: 50% | | |
| FONTE: TEAM ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | AMT/Medico Infettivologo | Ufficio Formazione |
| Programmazione corso di formazione | R | I |
| Esecuzione edizioni del corso e verifica della partecipazione di tutto il personale medico | R | R |

| ATTIVITÀ 3- CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI DEL TORRENTE EMATICO | | |
|---|-------------------------------|--------------------|
| INDICATORE: PERSONALE SANITARIO FORMATO AD HOC | | |
| STANDARD: 40% | | |
| FONTE: MICROBIOLOGIA/CC-ICA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Dirigente Microbiologo/CC-ICA | Ufficio Formazione |
| Programmazione e acquisizione crediti ECM | R | I |
| Esecuzione edizioni del corso | R | I |
| Verifica della partecipazione del personale sanitario ai corsi programmati | I | R |

| ATTIVITÀ 4: FORMAZIONE RETE DI OSSERVATORI PER L'IGIENE DELLE MANI | | |
|--|------------------------|-------|
| INDICATORE N. PERSONALE SANITARIO FORMATO PER LA RILEVAZIONE IGIENE DELLE MANI/N. TOTALE DI PERSONALE SANTARIO PER UNITÀ OPERATIVA | | |
| STANDARD 50% | | |
| FONTE Team Infection control/SITRA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Team infection control | SITRA |
| Selezione personale da formare per tutte le unità operative | I | R |
| Progetto formativo per personale selezionato | R | I |
| Implementazione di strumento informatico per la rilevazione adesione igiene mani | R | I |

OBIETTIVO B: IMPLEMENTAZIONE PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE MANI

| ATTIVITÀ 1: RAGGIUNGIMENTO LIVELLO AVANZATO QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE | | |
|---|------------------------|--------|
| INDICATORE: RAGGIUNGIMENTO DEL LIVELLO AVANZATO PER TUTTI E 5 LE SEZIONI | | |
| STANDARD: LIVELLO AVANZATO | | |
| FONTE: TEAM INFECTION CONTROL | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| Azione | Team Infection control | CC-ICA |
| Aggiornamento del Piano di azione locale igiene delle mani 2024 | R | I |
| Verifica dell'applicazione degli obiettivi prefissati | R | I |

| ATTIVITÀ 2: MONITORAGGIO ADESIONE LAVAGGIO MANI | | |
|---|------------------------|-----------------|
| INDICATORE: N. OSSERVAZIONI EFFETTUATE SULL'IGIENE DELLE MANI PER UNITA' OPERATIVA | | |
| STANDARD: 85% compliance | | |
| FONTE: TEAM INFECTION CONTROL | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| AZIONE | TEAM INFECTION CONTROL | UNITÀ OPERATIVE |
| Rilevazione compliance igiene delle mani in tutte le unità operative | R | I |
| Registrazione dei dati rilevati durante le osservazioni nelle unità operative | R | I |
| Restituzione dei dati relativi alle osservazioni effettuate ogni trimestre | R | I |
| Redazione di un report sulla compliance all'adesione all'igiene delle mani da diffondere ai Direttori/Coordinatori delle UU.OO. | R | I |
| Audit per le compliance all'igiene delle mani <65% | R | I |

| ATTIVITÀ 3: SORVEGLIANZA CONSUMO DI SOLUZIONE IDROALCOLICA | | |
|--|---------------------------------|-----------------|
| INDICATORE: N. LITRI DI SOLUZIONE ALCOLICA/1000 GIORNATE DI DEGENZA | | |
| STANDARD: 20 L | | |
| FONTE: TEAM INFECTION CONTROL | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| AZIONE | TEAM INFECTION CONTROL/FARMACIA | UNITÀ OPERATIVE |
| Invio dati consumo di soluzione alcolica dalla farmacia | R/R | I |
| Elaborazione indicatore del consumo di soluzione alcolica | R/I | I |
| Feedback dei risultati dei consumi ai Direttori /coordinatori delle UU.OO. | R/I | I |

OBIETTIVO C: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO

| ATTIVITÀ 1: INDAGINE DI SORVEGLIANZA INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO | | | |
|---|------------------|--------|-----------------|
| INDICATORE: N. DI PAZIENTI CON ISC SUL TOTALE DEI PAZIENTI INCLUSI NELL'INDAGINE | | | |
| STANDARD: range di incidenza 1.27% (dati ECDC PPS 2011-2012) | | | |
| FONTE:CC-ICA | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | | |
| Azione | Gruppi di lavoro | CC-ICA | Unità operative |
| Redazione di protocollo di sorveglianza e arruolamento di risorse dedicate all'indagine | R | I | I |
| Programmazione indagine e presentazione ai Direttori/coordinatori UU.OO. | R | I | |
| Reportistica risultati indagine di sorveglianza | R | C | |
| Feedback alle Unità operative sui risultati emersi e programmazione audit | R | I | C |

| ATTIVITÀ 2: INDAGINE DI PREVALENZA ICA E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ANTIBIOTICI | | |
|---|----------------------------|--------|
| INDICATORE: numero di pazienti con almeno un'ICA sul totale dei pazienti eleggibili. | | |
| STANDARD: 6,3% prevalenza ICA, 44 % antibiotici(ECDC 2011) | | |
| FONTE: TEAM INFECTION CONTROL/TEAM ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| AZIONE | TEAM INFECTION CONTROL/ATM | CC-ICA |
| Caricamento dati su strumento informativo per la rilevazione sul campo | R | I |
| Registrazione dati per ciascun paziente | R | I |
| Analisi dei dati e presentazione risultati al Comitato ICA | R | C |

| ATTIVITÀ 3: IMPLEMENTAZIONE PROCEDURE E PROTOCOLLI RACCOMANDATI NEL DOCUMENTO INDIRIZZO BUONE PRATICHE PREVENZIONE E CONTROLLO ICA | | |
|---|------------|-----------------|
| INDICATORE: numero di documenti da implementare / totale numero di documenti da implementare secondo documento indirizzo regionale | | |
| STANDARD: 50% | | |
| FONTE: CC-ICA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| AZIONE | GDL/CC-ICA | UNITÀ OPERATIVE |
| redazione di procedure e protocolli | R/I | I |
| Condivisione e approvazione Comitato ICA | R/R | I |
| Pubblicazione e trasmissione procedure e protocolli alle UU.OO. | R/I | C |

| ATTIVITÀ 4: MONITORAGGIO APPLICAZIONE MISURE DI ISOLAMENTO E PRECAUZIONI DA CONTATTO PER I GERMI SENTINELLA SEGNALATI | | |
|--|------------------------|-----------------|
| INDICATORE: N. DI CHECKLIST VERIFICATE /TOTALE ALERT SEGNALATI | | |
| STANDARD: 50% | | |
| FONTE: TEAM INFECTION CONTROL | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| AZIONE | TEAM INFECTION CONTROL | UNITÀ OPERATIVE |
| Verifica invio alert germi sentinella | R | I |
| Report sui germi sentinella segnati per unità operativa | R | I |
| Verifica delle misure di isolamento adottate | R | C |

| ATTIVITÀ 5: AUMENTO DEL NUMERO DI TAMPONI DI SCREENING CRE NEI PAZIENTI DELLE CATEGORIE A RISCHIO | | |
|---|---------------|--------|
| INDICATORE: NUMERO DI TAMPONI CRE EFFETTUATI IN CIASCUNA UNITA' OPERATIVA | | |
| STANDARD: 10% | | |
| FONTE: MICROBIOLOGIA | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| AZIONE | MICROBIOLOGIA | CC-ICA |
| Report semestrale sui tamponi rettali per CRE | R | C |
| Sensibilizzazione dei responsabili UU.OO. sulle categorie di pazienti che rientrano nella sorveglianza da CRE | I | R |

| ATTIVITÀ 6: MONITORAGGIO PROFILASSI ANTIBIOTICA PERIOPERATORIA | | |
|--|-----|------------------|
| INDICATORE: NUMERO DI INTERVENTI CON PROFILASSI ADEGUATA ALL'INTERVENTO/TOTALE INTERVENTI EFFETTUATI | | |
| STANDARD: 80% | | |
| FONTE: TEAM ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ | | |
| AZIONE | AMT | UNITA' OPERATIVE |
| Rilevazione dati su campione cartelle cliniche per ciascuna specialità chirurgica | R | I |
| Analisi dei dati rilevati e trasmissione ai Direttori delle UU.OO. chirurgiche | R | C |
| Programmazione audit su non conformità registrate sui dati | R | C |

7. APPENDICE RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA

| Legge/norma | Descrizione |
|---|--|
| D.L. 30 dicembre 1992, n. 502 | “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”; |
| DPR 14 gennaio 1997 | “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”. |
| D.L. 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” |
| Legge 5 giugno 2003, n.131 | Seduta della Conferenza Stato – Regione 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; |
| D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il D. l. n. 106/2009 | “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro” |
| Seduta della conferenza Stato-Regioni del 20/03/2008 | “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei apzienti e delle cure. Intesa ai sensi dell’art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 |
| Decreto 11/12/2009 Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche sociali | Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità. |
| DCA n. U00480 del 06/12/2013 intervento 18.1 | “Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi”. |
| Determina n.G09535 del 2/07/2014 | Linee Guida Regionali per l’attività di gestione dei sinistri da responsabilità medico/sanitaria – composizione e funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri (CVS) |
| Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309 | Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 - Progetto 7.3, contenimento delle Infezioni Correlate all’Assistenza e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”. |
| DCA 563 del 24/11/2015 | Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CR- CCICA) e del Gruppo di Approfondimento Tecnico per le ICA. |
| Legge 28 dicembre 2015, n. 208 | “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)” |
| Regione Lazio direzione salute e politiche sociali. Regione Lazio Registro Ufficiale U.0388434 del 22-07-2016 | Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all’assistenza della Regione Lazio. |
| Determinazione Regionale n. G14075 del 18 ottobre 2017 | “Approvazione del Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi” |

| | |
|--|--|
| Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 | “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017” |
| Determinazione regionale n.G13505 del 25 ottobre 2018 | “Approvazione documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza e danno degli operatori sanitari” |
| DCA U00400 del 29/10/2018 | Trasferimento delle competenze del centro di coordinamento regionale dei comitati per il controllo delle ICA al centro regionale rischio clinico |
| Regione Lazio salute e integrazione sociosanitaria. Determinazione G00164 del 11 gennaio 2019 | “Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management” |
| Determinazione n. G00163 dell’11/01/2019 | Approvazione ed adozione recante le “Linee guida per l’elaborazione del Piano annuale delle Infezioni correlate all’assistenza (PAICA) |
| Nota Regione Lazio prot. N. U0063667 del 23/01/2020 | Comunicazioni relative all’elaborazione del PAICA |
| Regione Lazio Salute e integrazione sociosanitaria. 23/01/2020 | Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2020 |
| Determinazione Regione Lazio prot. N. Z00002 del 26/02/2020 | Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. |
| Ordinanza del Presidente della Regione Lazio 6 marzo 2020, n. Z00003 | Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica indirizzate agli operatori, agli utenti, alle Aziende, agli Enti pubblici e alle strutture private accreditate del Servizio Sanitario Regionale. |
| REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE Prot . N. U.0218196 del 11-03-2020 | Emergenza covid: aggiornamenti |
| Determina Regione Lazio prot. N. U0240003 del 23/03/2020 ALLEGATO A -prima revisione del 23/03/2020 ALLEGATO A -seconda revisione del 15/04/2020 | Documento sorveglianza operatori sanitari |
| 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-Covid-2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali. |
| Determina Regione Lazio prot. N. U0391183 del 30/04/2020- Allegato 1 | Emergenza Covid-19 – azioni di Fase IV |

| | |
|---|--|
| Determinazione Regione Lazio prot. N. G07551 del 25/06/2020 | Approvazione del "Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica" e del "Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio" |
| Determinazione Regione Lazio prot. N.G11384 del 05/10/2020 | Approvazione del "documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente" |
| REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE Prot. N. U.0884417 del 15-10-2020 | Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2021 |
| Nota Regione Lazio prot. N. U0884520 del 15/10/2020 | Comunicazioni relative all'elaborazione del PAICA 2021 |
| REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE Prot. N. I.1034165 del 26-11-2020 | Sorveglianza morti materne- segnalazione di procedure |
| BURL – n. 22 Supplemento n.2: Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044. | Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani". |
| Determinazione n. G09956 del 07 luglio 2021 | Approvazione della revisione del "documento di indirizzo per la corretta identificazione del persona assistita" |
| Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 | Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella |
| Determinazione n. G00643 Regione Lazio n. 3279 del 25/01/2022 | Documento Di Indirizzo Per L'elaborazione Del Piano Annuale Per La Gestione Del Rischio Sanitario (PARS)" |
| Determinazione n. G15198 Regione Lazio del 06/11/2022 | 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 ottobre 2016. |
| REGIONE LAZIO REGISTRO UFFICIALE Prot. N. U.1287668 del 16-12-2022 | Mappatura delle attività di gestione del rischio sanitario 2023-24 |
| REGIONE LAZIO PROT. 1287668 DICEMBRE 2022 | Nota Mappatura Rischio Sanitario 2023-2024 |
| Determina Regione Lazio G15665/2023 | Approvazione del Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) |
| Sentenza Corte di Cassazione n. 6386 marzo 2023 | Giurisprudenza in tema di Infezioni Ospedaliere |

PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI 2024

ALLEGATO A PARS 2024

Ospedale Isola Tiberina Gemelli Isola

SOMMARIO

| | |
|--|-----------|
| 1. SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE E RESPONSABILITÀ | 29 |
| 1.1. Scopo del documento | 29 |
| 1.2. Campo di applicazione del documento ed esclusioni | 29 |
| 1.3. Responsabilità | 29 |
| 2. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO | 29 |
| 2.1. Leggi e Norme tecniche..... | 29 |
| 2.2. Disposizioni interne e di riferimento..... | 30 |
| 3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI | 30 |
| 3.1. Terminologia | 30 |
| 3.2. Abbreviazioni | 30 |
| 4. PREMESSA..... | 31 |
| 5. AMBITI DA MONITORARE PER UN EFFICACE GOVERNO DELLE ICA | 31 |
| 5.1. RISULTATI QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE | 31 |
| 6. INTERVENTI DA ADOTTARE | 33 |

1. SCOPO, CAMPO DI APPLICAZIONE E RESPONSABILITÀ

1.1. Scopo del documento

Lo scopo del documento è quello di definire un bundle di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta all’Ospedale Isola Tiberina Gemelli Isola di elaborare un piano di azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell’igiene delle mani.

1.2. Campo di applicazione del documento ed esclusioni

Il documento si applica a tutte le unità Operative dell’Ospedale e a tutti gli operatori sanitari che svolgono attività clinico assistenziali in regime di ricovero e ambulatoriale. Non si applica alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani

1.3. Responsabilità

La Direzione Sanitaria è responsabile dell’esecuzione dell’autovalutazione rispetto ai requisiti riportati nel Piano regionale con cadenza annuale e del raggiungimento del livello intermedio richiesto dal piano per il 2024.

2. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

2.1. Leggi e Norme tecniche

| Legge/norma | Descrizione |
|---|---|
| Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G16501 28/11/2022 | Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)". |
| 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 del 26 febbraio 2013 | Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE). |
| Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 | "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali". Versione del 24 agosto 2020. Tavolo Permanente 17 dicembre 2021. |
| DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 | "Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici". |
| WHO- World Alliance for Patient Safety — 2008 "Safe Surgery Safe Live" | The second Global Patient Safety — Challeng. |
| WHO 2009 | A Guide to the implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene |

| Legge/norma | Descrizione |
|-----------------------------------|--|
| | improvement Strategy. |
| Circolare Ministeriale n. 52/1985 | “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”. |

2.2. Disposizioni interne e di riferimento

| Disposizione | Descrizione/titolo |
|--------------------|---|
| ITGI CC-ICA POS 10 | Procedura gestione Igiene delle mani e uso guanti |

3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

3.1. Terminologia

| Termine | Descrizione |
|-----------------------|---|
| Disinfezione | Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogeniche del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore. |
| Infezione | Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite. |
| Punto di Assistenza | Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'Igiene delle Mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'Igiene delle Mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente. |
| Frizione idroalcolica | Frizione delle mani con preparazione idroalcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 secondi, in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio. |

3.2. Abbreviazioni

| Termine | Descrizione |
|---------|--|
| ICA | Infezioni Correlate all'Assistenza |
| PARS | Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario |
| CCICA | Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza |
| CRRC | Centro Regionale Rischio Clinico |
| HH | Hands Hygiene (igiene delle mani) |
| OMS | Organizzazione Mondiale della Sanità |
| ECDC | European Centre for Disease Prevention and Control |

4. PREMESSA

In considerazione dei risultati ottenuti dal questionario di autovalutazione compilato nel 2023 che ha dato un livello BASE alla struttura e su indicazione del Piano regionale sull'igiene delle mani, è stato deciso dal comitato ICA di redigere un piano di azione locale per il raggiungimento del livello avanzato.

LIVELLO AVANZATO: rappresenta il livello da garantire entro il 2024 indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della struttura.

5. AMBITI DA MONITORARE PER UN EFFICACE GOVERNO DELLE ICA

Gli ambiti sui cui è necessario lavorare in modalità sincrona per ottenere un'efficacia nel controllo e nella prevenzione delle ICA sono i seguenti:

Ambito strutturale/tecnologico: requisiti di cui il sistema ha materialmente bisogno per il raggiungimento dello standard di qualità prefissato (ad esempio: percorsi sporco/pulito, ascensori dedicati per lo sporco, procedure specifiche, stanze di isolamento, ecc.);

Ambito organizzativo: misure finalizzate a mantenere uno standard formativo costantemente elevato (ad esempio: formazione, retraining, autovalutazioni, ecc.) e interventi finalizzati al monitoraggio dell'implementazione delle buone pratiche e degli indicatori di processo;

Ambito professionale: insieme di azioni ripetute e finalizzate all'implementazione delle buone prassi nella pratica clinico-assistenziale.

Pertanto, a partire dai risultati del questionario di autovalutazione eseguito nel 2023, si descrivono in questo piano di azione locale le azioni da adottare, le indicazioni operative e infine gli indicatori da misurare.

5.1. RISULTATI QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE

Sulla base delle indicazioni e dei documenti forniti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani per l'igiene delle mani, sono stati utilizzati i questionari autovalutativi relativi ad ogni sezione al fine di consentire di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

L'attribuzione di un punteggio al termine dei vari questionari ci ha permesso di avere maggiore consapevolezza riguardo le criticità riscontrate nei vari ambiti, e riguardo il livello della struttura (INADEGUATO, BASE, INTERMEDIO, AVANZATO) nei confronti di ciò che viene analizzato dal piano, con l'obiettivo di ottenere un miglioramento entro il 2024 come previsto dal piano e di mirare al raggiungimento del livello AVANZATO in tutti i campi analizzati.

Il primo questionario autovalutativo, riguarda i **requisiti strutturali e tecnologici**: il punteggio ottenuto dalla struttura è di 65 che corrisponde al livello INTERMEDIO (51-75). Le criticità riscontrate riguardano la disponibilità di salviette monouso per ogni lavandino. Punto di forza è invece la disponibilità con approvvigionamento continuo di prodotti a base alcolica per l'igiene delle mani nella maggior parte dei punti di assistenza all'interno della struttura e delle singole unità operative.

A seguire viene analizzata la **"Formazione del personale"** nei confronti della pratica di igiene delle mani. Sono stati posti 9 quesiti le cui risposte permettono di totalizzare un punteggio di 85 che corrisponde al livello AVANZATO (76-100). Punti di forza sono la presenza di un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani, un piano per la formazione e il progetto degli osservatori da formare ed un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani.

La sezione C permette invece di avere dei riscontri in ambito di **"Valutazione, monitoraggio e Feedback"**.

Sono stati posti 11 quesiti le cui risposte permettono di totalizzare un punteggio di 85 che corrisponde al livello AVANZATO (76-100). L'Ospedale Isola Tiberina Gemelli Isola si impegna da anni nell'ambito della promozione dell'igiene delle mani, vengono condotte sessioni di osservazione trimestrali nelle varie unità operative, grazie alle quali è possibile studiare l'adesione da parte del personale sanitario all'igiene delle mani. Vengono valutate a cadenza regolare le conoscenze degli operatori sanitari riguardo le indicazioni e la corretta tecnica per l'igiene delle mani. La Farmacia Interna dell'ospedale si impegna in un monitoraggio trimestrale indiretto del consumo di saponi e prodotti a base alcolica. La criticità riscontrata riguarda il feedback fornito che non risulta essere immediato (al termine di ogni sessione di osservazione), bensì sistematico (almeno ogni 6 mesi).

La sezione D riguarda la **"Comunicazione permanente"**, vale a dire l'affissione di poster illustrativi, opuscoli informativi e altri promemoria sul posto di lavoro e in generale in tutta la struttura. Sono stati posti 7 quesiti ed è stato totalizzato un punteggio di 77,5 che corrisponde al livello INTERMEDIO (51-75). Sono esposti in molti reparti/dipartimenti dei poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani, come frizionare correttamente le mani con soluzione alcolica e la corretta tecnica per il lavaggio delle mani. Viene effettuata almeno una volta all'anno un'ispezione sistematica dei poster per valutare la possibilità di sostituirlo in caso di deterioramento. Le criticità rilevate riguardano l'assenza di opuscoli informativi sull'igiene delle mani nei reparti e altri promemoria utili quali screensaver, spille, adesivi, ecc.

L'ultima sezione riguarda **"Clima organizzativo e Commitment"**. Sono stati posti 17 quesiti le cui risposte permettono di totalizzare un punteggio di 65 che corrisponde al livello INTERMEDIO. Le criticità riscontrate riguardano l'assenza di un programma formale per il coinvolgimento di pazienti e familiari sull'igiene delle mani, l'assenza di strumenti e-learning per l'igiene delle mani. Punti di forza sono la presenza di un team

definito per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani. Da aprile 2023, infatti, è stato individuato personale addetto alle osservazioni e alla promozione dell'adesione all'igiene delle mani. Al fine di supportare e facilitare il ruolo dell'osservatore, viene utilizzato il materiale implementato dal Centro regionale rischio Clinico (scheda di osservazione e materiale per la formazione degli osservatori). Al fine di individuare eventuali aree di miglioramento, è in atto la stratificazione dei dati rispetto alle diverse professioni sanitarie, al fine di evidenziare la necessità di creare un percorso formativo ad hoc rivolto alle professioni sanitarie meno virtuose in merito all'importanza e modalità di effettuazione dell'igiene delle mani.

| | 2022 | 2023 | Livello 2023 |
|--------------------------------------|------|------|-------------------|
| Requisiti strutturali e tecnologici | 35 | 65 | intermedio |
| Formazione personale | 65 | 85 | avanzato |
| Valutazione, monitoraggio e feedback | 55 | 85 | avanzato |
| Comunicazione permanente | 77,5 | 77,5 | intermedio |
| Clima organizzativo e commitment | 35 | 65 | intermedio |

6. INTERVENTI DA ADOTTARE

In relazione ai dati ottenuti dai questionari autovalutativi che fanno riferimento al Piano di Intervento Regionale per l'igiene delle mani, si riportano gli interventi prioritari da adottare per aumentare la compliance all'igiene delle mani e raggiungere il livello avanzato:

| REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI | | | |
|--|-----------------|------------|--------------|
| AZIONE | Responsabilità | Tempistica | Monitoraggio |
| Monitorare l'approvvigionamento di prodotti a base di soluzione idroalcolica in tutti i reparti e servizi dell'ospedale. Monitorare l'approvvigionamento e la manutenzione dei dispenser in tutto l'ospedale. | CC-ICA/Farmacia | semestrale | 31-12-24 |

| FORMAZIONE DEL PERSONALE | | | |
|---|------------------------------------|------------|--------------|
| AZIONE | Responsabilità | Tempistica | Monitoraggio |
| Definizione di un piano formativo obbligatorio che preveda: - Tempi e modalità di erogazione della formazione; - Individuazione del personale da formare. | CC-ICA/Ufficio Formazione/SITRA | annuale | 31-12-24 |
| Definizione di un piano formativo per gli osservatori. | CC-ICA/Ufficio Formazione | annuale | 31-12-24 |

| MONITORAGGIO E FEEDBACK | | | |
|--|----------------|-------------|--------------|
| AZIONE | Responsabilità | Tempistica | Monitoraggio |
| Condurre la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e correlare l'osservanza dell'igiene delle mani e il consumo di soluzione alcolica con i dati sui risultati, identificando i fattori di successo e gli ostacoli al miglioramento continuo; | CC-ICA | annuale | 31-12-24 |
| Condurre il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani almeno ogni 3 mesi in aree ad alto rischio e possibilmente in tutta la Struttura. Effettuare un monitoraggio continuo del consumo di soluzione alcolica; | CC-ICA | trimestrale | 31-12-24 |
| Programmazione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell'osservazione agli operatori e alla Direzione. | CC-ICA | trimestrale | 31-12-24 |

| COMUNICAZIONE PERMANENTE | | | |
|---|----------------------|------------|--------------|
| AZIONE | Responsabilità | Tempistica | Monitoraggio |
| Raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti; Fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici; Produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli, basati sulle specificità locali e sui "media" disponibili. | DS/Ufficio Stampa | annuale | 31-12-24 |

| CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT | | | |
|--|----------------------------|------------|--------------|
| AZIONE | Responsabilità | Tempistica | Monitoraggio |
| Riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento. | CC-ICA/risorse umane/SITRA | annuale | 31-12-24 |
| Sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori. | CC-ICA/Ufficio Stampa | annuale | 31-12-24 |