

Casa di Cura Privata “Clinica Parioli”

Via Felice Giordano n 8 - 00197 Roma

Ed.	Rev.	Data	Descrizione
02	01	10/02/2022	Adeguamento alle nuove linee di indirizzo della Regione Lazio
03	02	10/02/2023	Aggiornamento
03	03	12/02/2024	Aggiornamento
03	04	20.02.2025	Aggiornamento

Direttore Amministrativo/Procuratore Speciale	Direttore Sanitario	Risk Manager
Dr.ssa Manuela Pirrone	Dott. Stefano Sabatini	Dott. Stefano Sabatini

Sommario

<i>1. Termini E Definizioni</i>	<i>3</i>
<i>2.0 Matrice Delle Responsabilità</i>	<i>5</i>
<i>3.0 Premessa</i>	<i>5</i>
<i>10.1 Sinistrosità E Risarcimenti Erogati Nell'ultimo Quinquennio.....</i>	<i>11</i>
<i>OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</i>	<i>14</i>
<i>OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA.....</i>	<i>14</i>
<i>OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA</i>	<i>15</i>
<i>OBIETTIVI</i>	<i>15</i>
<i>OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</i>	<i>16</i>
<i>OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI.....</i>	<i>16</i>
<i>OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE</i>	<i>16</i>
<i>ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI</i>	<i>22</i>
<i>ALLEGATO 2: SEZIONE RACCOLTA DATI</i>	<i>24</i>
<i>ALLEGATO 3: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI</i>	<i>26</i>

1. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta di seguito la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del presente Piano.

Termini	Definizioni
<i>Evento avverso</i>	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”
<i>Near miss</i>	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente
<i>Evento sentinella</i>	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna: a) un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito e b) l’implementazione delle adeguate misure correttive.
<i>Rischio Clinico</i>	Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi “danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”
<i>Risk Management</i>	Il Risk Management in sanità rappresenta l’insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull’apprendere dall’errore.
<i>Audit Clinico</i>	L’audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l’assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell’assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento.
<i>Incident reporting</i>	L’incident reporting è la segnalazione spontanea e volontaria (anche dove obbligatoria) degli eventi avversi e dei problemi organizzativi. Le segnalazioni archiviate costituiscono la base dati che può essere utilizzata come una delle fonti per mappare e analizzare i rischi all’interno della struttura sanitaria.
<i>Antisepsi delle mani</i>	La riduzione o l’inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l’operazione richiede l’impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all’acqua.
<i>Agente antisettico</i>	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell’ammonio quaternario e triclosan.

CCICA	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.
Colonizzazione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria locoregionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite
Disinfezione	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogeniche e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente osu di un substrato, ad eccezione delle spore.
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale e che non era presente, né in incubazione, al momento dell'inizio del trattamento. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.
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.
Antimicrobico-resistenza	È un fenomeno naturale biologico di adattamento di alcuni microrganismi che acquisiscono la capacità di sopravvivere o di crescere in presenza di una concentrazione di un agente antimicrobico (es. antivirale, antifungino, antibatterico) che è generalmente sufficiente ad inibire o uccidere microrganismi della stessa specie. Questo concetto include anche l'antibiotico-resistenza che è invece limitata agli agenti antibatterici.
Antimicrobial Stewardship	La antimicrobial stewardship si riferisce agli interventi che mirano a promuovere e guidare l'uso ottimale degli antibiotici, inclusi la scelta del farmaco, il suo dosaggio, la sua via di somministrazione e la durata della somministrazione.
DDD	È la dose definita giornaliera (in inglese defined daily dose, DDD). È definita come la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso.

2.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

- Di seguito la matrice delle responsabilità stabilite all'interno della Casa di Cura per la redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Azione	Amm.re/Procuratore Speciale	Direttore Sanitario/Risk Manager	Strutture di supporto
Redazione PARS	C	R	I
Redazione PARS con riferimento al Rischio Infettivo	C	R	C
Approvazione ed adozione PARS	R	I	I
Monitoraggio PARS	C	R	C
Monitoraggio PARS con riferimento al Rischio infettivo	I	R	C

Legenda

[R]: funzione Responsabile. [C]: funzione Coinvolta. [I]: funzione Interessata

3.0 PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure. La possibilità di **"Evento avverso"** è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità, al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come *"il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica"*.

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi

assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella Legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse e sulla tutela del Paziente.

La **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento **“Risk Management e Qualità in Sanità”** definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *Near Miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire *feed-back* informativi;
- avviare la costituzione di un *network* per la realizzazione di un *database* nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei Pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In questa dimensione, la **Gestione del Rischio Clinico** assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

4.0 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura “**Clinica Parioli**” è una Struttura autorizzata all’esercizio della attività di ricovero, , Determina Regione Lazio G05554 del 6.5.2019, che opera in regime privato per le seguenti specialità dell’area chirurgica:

- Chirurgia generale cod. 09.00
- Ortopedia e traumatologia cod. 36.00
- Oculistica cod. 34.00

La Struttura è dotata di un blocco operatorio con quattro sale operatorie e di un ambulatorio endoscopico con sala dedicata. Al quarto piano è collocata la stanza destinata all’isolamento. Nella Casa di Cura sono presenti ed operativi servizi di diagnostica radiologica e di laboratorio. Oltre alle prestazioni di ricovero presso la struttura vengono erogate anche prestazioni specialistiche ambulatoriali, distribuite su 16 studi medici, nelle branche di:

- Cardiologia
- Endocrinologia
- Ortopedia
- Medicina Interna
- Otorinolaringoiatria
- Malattie metaboliche e Diabetologia
- Gastroenterologia
- Endoscopia digestiva
- Dermatologia
- Urologia
- Ginecologia
- Chirurgia Plastica e ricostruttiva

5.0 DATI STRUTTURALI

CASA DI CURA "CLINICA PARIOLI"			
ASL territorialmente competente	ASL ROMA 1		
Posti letto ordinari	24	Ortopedia	5
		Chirurgia	15
		Oculistica	4
Posti letto diurni	6	Frigoemoteca	1
Blocchi Operatori	1	Sale Operatorie	5
DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari	1584	Ricoveri diurni	676
Branche specialistiche	13	Prestazioni ambulatoriali erogate	11004 (visite + rx + ecografie + tac + risonanza) 205 (interventi chirurgia ambulatoriale)

6.0 COMITATO DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Il Comitato per il controllo delle Infezioni è stato istituito presso la Casa di Cura Clinica Parioli nell'anno 2020 e si riunisce, di norma, con periodicità semestrale. Sono altresì previste riunioni dedicate qualora si manifesti la necessità di condurre indagini per eventi riconducibili a possibili ICA. La composizione del CCICA è la seguente:

- Direttore Sanitario/Presidente Componente/Risk Manager - Dott. Stefano Sabatini
- Dott.ssa Patrizia Bambacioni – Direttore Tecnico Laboratorio Analisi
- Dr.ssa Angela Iglesias - Coord. inferm. Sala Operatoria
- Dr.ssa Zoila Cristobal - Coord. inferm. Attività Ambulatoriali
- Dr.ssa Turi Daniela - Coord. Inferm. reparti degenza
- Dr.ssa Barbara Ducci - Ufficio Qualità

7.0 PROCEDURE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA

Per garantire il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza, la Struttura ha implementato specifiche procedure di prevenzione e controllo. Tra queste, si includono:

- I – 75-02-05 Sanificazione sala operatoria;
- I – 75-02-01 Sterilizzazione materiale chirurgico e strumentario sala operatoria;
- I – 75-02-08 Disinfezione Endoscopi;
- I – 75-02-09 Lavaggio mani;
- PO-64-05 Prevenzione e diffusione del Rischio COVID 19;
- PO- 64-06 Prevenzione infezioni da enterobatteri produttori di carbapenemasi;
- Adottato il Piano locale per l'igiene delle mani;
- La procedura I-75-02-16 per la sanificazione degli ambulatori per le medicazioni;
- introdotto il Piano aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (come da Determinazione 28 novembre 2022, n. G16501 – Approvazione del “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).
- È regolarmente eseguita la profilassi antibiotica peri operatoria;
- È presente la procedura per la prevenzione ed il trattamento delle Lesioni da Pressione (LdP).

Tutte queste procedure sono disponibili per la consultazione sul Sito Aziendale, assicurando trasparenza e accessibilità alle informazioni essenziali per la sicurezza degli utenti.

8.0 DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP

Il personale medico e di assistenza presso la nostra Struttura è altamente sensibilizzato all'importanza del corretto utilizzo degli antibiotici. Nel corso degli anni 2021, 2022 e 2023, 2024 abbiamo attivamente monitorato il consumo di antibiotici, focalizzandoci sulle molecole più frequentemente prescritte. I risultati del monitoraggio evidenziano interessanti modifiche nella pratica di prescrizione di alcune molecole. In particolare, si nota una probabile e discreta riduzione delle prescrizioni inappropriate. Questo indica un impegno concreto nella promozione di un uso responsabile degli antibiotici, contribuendo così alla lotta contro la resistenza antimicrobica e al miglioramento complessivo della gestione delle infezioni. Continueremo a monitorare attentamente tali dati e a adottare misure proattive per garantire una gestione responsabile degli antibiotici all'interno della nostra Struttura, al fine di assicurare cure efficaci e sicure per tutti i pazienti.

9.0 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nell'anno 2024 presso la Casa di Cura Clinica Parioli sono stati segnalati e registrati utilizzando lo strumento dell'incident reporting e delle non conformità, gli eventi riportati in tabella.

Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)	% di cadute nella categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss **	0	0	Organizzativi 100%	Organizzative 50% Procedure/ Comunicazione 50%	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi	4	100%			
Eventi sentinella	0	0			

Nel totale degli eventi registrati dalla struttura nel 2024, risultano quattro cadute accidentali. Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea l'immediata gestione e l'assenza di particolari problematiche postume.

10.0 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Per quanto riguarda la posizione assicurativa, la Società Fenice Parioli S.r.l. (Clinica Parioli) ha scelto di gestire internamente l'assicurazione, adottando un regime di autoassicurazione. La copertura dei rischi derivanti dall'esercizio dell'attività è garantita attraverso la costituzione di un fondo apposito. La consistenza del fondo viene ricalcolata annualmente in base alla sinistrosità eventualmente verificatasi.

Tabella 6 - fondo rischi

ANNO	CONSISTENZA FONDO RISCHI
2024	€ 300.00,00
2025	€ 300.00,00

**10.1 SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO
(AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)**

ANNO	N Sinistri aperti	N Sinistri erogati	Risarcimenti erogati
2019	1	-	-
2020	3	-	-
2021	2	-	-
2022	4	-	-
2023	12	-	-
2024	12	-	-

11. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PREVISTE NEI PIANI PRECEDENTI

1° Obiettivo PARS: Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Realizzazione di un Corso di formazione per gli operatori della struttura sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure	SI	Corso svolto
2° Obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento del sistema di Incident Reporting per la segnalazione degli eventi avversi	SI	Sistema di incident reporting consolidato
3° obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Valutazione del rischio cadute, monitoraggio e prevenzione delle stesse	SI	La scheda di valutazione del rischio caduta è compilata e presente nella documentazione sanitaria.
4° Obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Verifica dell'utilizzo sistematico della Check list di sala operatoria	SI	La Check list viene compilata regolarmente ed è presente nella documentazione sanitaria unitamente alla scheda pre-operatoria per la verifica della corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura.

5° Obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Organizzazione, in collaborazione con il RSSP, di incontri periodici con gli operatori su argomenti che interessano contemporaneamente la sicurezza degli operatori e dei pazienti	SI	/

Tabella 8 – grado di raggiungimento degli obiettivi PARS 2023 per la gestione del rischio infettivo

1° Obiettivo: Formazione personale sanitario sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	/
2° Obiettivo: Consolidare nella Casa di Cura i requisiti organizzativi e strutturali per consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani.		
Attività 1 e 2	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1) ampliare il numero di punti di assistenza dotati di dispenser entro il 31/12/2025	SI	All'interno della struttura, sono permanentemente disponibili flaconi con dispenser contenenti soluzione idroalcolica. Nel corso dell'anno, si è registrato un aumento nel consumo di tale soluzione rispetto all'anno precedente. Come pratica consolidata, la struttura partecipa regolarmente alla segnalazione attraverso il portale CSIA (La Sorveglianza del Consumo di Soluzione Idro-Alcolica) in modo annuale.
Attività 2) monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani mediante osservazione diretta	SI	/

3° obiettivo: Sorveglianza delle infezioni da CRE

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi	SI	La Casa di Cura dispone di una procedura per la sorveglianza dell'infezione da CRE attiva e condivisa.

4° Obiettivo: Implementazione delle linee di indirizzo sull'antibiotico profilassi peri- operatoria

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Estendere le linee di indirizzo a tutte le procedure chirurgiche eleggibili.	SI	Tutte le procedure chirurgiche, corrispondenti al 100%, sono precedute da profilassi, ad eccezione di interventi di chirurgia dermatologica di piccola entità.

5° Obiettivo: Esecuzione di una indagine di prevalenza sulle infezioni del sito chirurgico

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico	SI	Attività svolta a campione regolarmente

**12. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
OBIETTIVI**

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale e 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.

È mandataro declinare un minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici

13. ATTIVITÀ

OBBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

OBBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA

ATTIVITÀ 3: revisione e implementazione della documentazione del Sistema di Gestione aziendale di Rischio Clinico

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2025

(documentazione implementata) / (documentazione da implementare)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: esecuzione Audit di Rischio Clinico

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2025

Esecuzione di almeno 2 audit di cui uno almeno uno dedicato all'analisi delle cartelle cliniche.

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

OBBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA

ATTIVITÀ 5: identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2025

(n Safety Walkaround realizzati) / (n Safety Walkaround programmati)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Implementazione strumento	R	C
Informazione/formazione	R	C
Verifica utilizzo	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

14. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

È mandataro declinare un minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici.

15. ATTIVITÀ

- Le attività sono state definite conformemente a quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano Predefinito 10 – PP10) e dal Piano Nazionale per il Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR).

OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTI: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ATTIVITÀ 2: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Implementazione delle Mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2025

Miglioramento Piano.

STANDARD: 90%

FONTI: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Elaborazione Piano	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE

ATTIVITÀ 3: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE (anche nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2025

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.

STANDARD: 100%

FONTI: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso nazionale	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: elaborazione/revisione/implementazione di un programma di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship)

INDICATORE: Esecuzione di almeno due edizioni del Corso entro il 31.12.2025

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 5: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31/12/2025

Elaborazione processo monitoraggio utilizzo prodotti idroalcolici, in litri ogni 1000 giornate di degenza.

STANDARD: 20 litri / 1000 gg degenza

FONTE: OMS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Elaborazione report	C	R
Compilazione report	C	R
Condivisione risultati	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 6: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni del sito chirurgico e della ferita chirurgica

INDICATORE: Esecuzione di almeno due edizioni del Corso entro il 31.12.2025

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

16. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

- Il PARS verrà pubblicato sul sito internet della Casa di Cura sulla cui home page verrà inserito un link che rimanda direttamente al documento per favorirne la consultazione;
- La conoscenza del Piano verrà inoltre estesa agli operatori in occasione di incontri periodici, apiccoli gruppi, da realizzarsi direttamente nei luoghi di lavoro;
- I dati contenuti nel presente documento sono oggetto di riesame periodico in collaborazione;
- con il personale sanitario e le altre funzioni dell'organizzazione;

17. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riportano di seguito le fonti normative utilizzate quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale per la gestione del Rischio Sanitario:

- SITO del Ministero della Salute. <http://www.salute.gov.it/>
- SITO del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Toscana
- SITO della Fondazione "Italia in Salute"
- SITO della Associazione Scientifica Hospital & Clinical Risk Managers (HCRM)
- Circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere.
- Circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle infezioni ospedaliere.
- Decreto del 11 dicembre 2009
- Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
- DCA Regione Lazio del 10/02/2011 n. U0008
- "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie"
- Legge 8 novembre 2012, n. 189. (Legge Balduzzi)
- «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».
- Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013. n. 4968
- Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)
- Determinazione Regionale del 1° aprile 2014 n. G04112
- "Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208
- "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)
- DCA Regione Lazio del 4 novembre 2016, n. U00328
- Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".
- DCA Regione Lazio del 7 novembre 2017 n. U00469
- Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.lgs.502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010/2012.
- Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco)
- Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
- 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 socio-sanitarie e socio-assistenziali
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025
- Determinazione Regione Lazio del 6 dicembre 2017 n. 16829
- Istituzione del "Centro Regionale per il Rischio Clinico" (CRRC).
- Determinazione Regione Lazio del 27 aprile 2018 n. G05584
- Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP) - 2024"
- Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021 n. G02044
- Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".
- Determinazione Regione Lazio del 20 luglio 2021 n. G09850
- Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".
- Determinazione Regione Lazio del 25/01/2022 n. G00643

- Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- Determinazione Regione Lazio del 06/11/2022 n. G15198
- Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016
- Determinazione Regione Lazio del 28/11/2022 n. G16501
- Approvazione del "Documento di indirizzo sulle Lesioni da pressione" 2024

ALLEGATO 1

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 è stato adottato il documento "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".

Così come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2023, il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che "Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura" (**Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**).

ATTIVITÀ EFFETTUATE 2024

ATTIVITÀ	REALIZZATA	NOTE
1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto	SI	Raggiunto almeno il livello intermedio in tutte le sezioni del piano.
2: Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti	In corso	/
3: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani	In corso	/
4: Verifica Formazione Osservatore/i nominato/i ed eventuale integrazione del gruppo di lavoro	In corso	/
5: Esecuzione Audit dedicato	SI	/
6: Monitoraggio consumo gel idroalcolico	SI	/
7: Formazione del Personale	SI	/
8: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	SI	/

ATTIVITÀ PROGRAMMATE 2025

ATTIVITÀ	OBIETTIVO	DATA
1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto	INTERMEDIO / AVANZATO in tutte le Sezioni del Piano	31/12/2025
2: Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti	RIVALUTAZIONE	31/12/2025
3: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani	RIVALUTAZIONE	31/12/2025
4: Verifica Formazione Osservatore/i nominato/i ed eventuale integrazione del gruppo di lavoro	RIVALUTAZIONE	31/12/2025
5: Esecuzione Audit dedicato – almeno 2	2 Audit	31/12/2025
6: Monitoraggio consumo idroalcolico	1 analisi	31/12/2025
7: Formazione del personale	1 evento	31/12/2025
8: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	1 evento	31/12/2025

ALLEGATO 2

RACCOLTA DATI GEL IDROALCOLICO

ALLEGATO 2: SEZIONE RACCOLTA DATI

Anno Riferimento	2024
Intervallo di tempo	annuale
Standard	20 litri / 1000 gg degenza
Fonte	OMS

Tabella 1: Consumo riferito all'intera struttura

CSIA*	GDO*
50	1944

Tabella 2: Se disponibile, inserire i dati di CSIA della struttura suddivise per aree di degenza/NON degenza

Area di:	CSIA*	GDO*
Degenza**	40	1584
NON Degenza**	10	360
Totale	50	1944

N.B. I dati ottenuti nella riga "totale" devono corrispondere ai rispettivi valori della Tabella 1

*** Per la definizione di CSIA e/o di GDO fare riferimento al foglio "Legenda"**

**** Per l'identificazione delle aree di "Degenza" e "NON Degenza" fare riferimento al foglio "Legenda"**

LEGENDA

CSIA	Consumo di Soluzione Idroalcolica e/o prodotto equivalente espressa in litri.
GDO	Giornate di Degenza Ordinaria: somma del numero di interi giorni (24h) trascorsi dai pazienti nel reparto da cui vengono dimessi.
Aree di degenza	Reparto degenza
Aree di NON degenza	Include le seguenti aree/Discipline: Sale di attesa, uffici etc. ed eventuali altre aree di NON Degenza.

ALLEGATO 3

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

ALLEGATO 3: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Con la Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lazio n. 460 del 28/06/2024 è stato adottato il documento “Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi”.

Il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell’ambito della Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi e, soprattutto, quanto programmato per l’anno 2025 e rappresenta a tutti gli effetti il *Programma di Controllo della Legionellosi*, come previsto dalle suddette Linee di Indirizzo.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Per quanto concerne la Valutazione del Rischio si rimanda al Documento di Valutazione dei rischi redatto in base al Testo Unico della sicurezza sul lavoro, secondo il D.lgs. 81/2008 e s.m.i..

I compiti previsti dalle Linee di Indirizzo in tema di Legionellosi per quanto riguarda il gruppo di lavoro multidisciplinare sono assolti dal CC-ICA.

ATTIVITÀ PROGRAMMATE 2025

ATTIVITÀ	OBIETTIVO	DATA
1: Riunioni del gruppo di lavoro	Almeno 2 riunioni anno	31/12/2025
2: Valutazione del rischio	DVR come da D.lgs. 81/08	Biennale, a meno di intervenute modifiche di impianti o di popolazione e/o in caso di reiterata presenza di Legionella
3: Ispezione della struttura	Esecuzione di almeno un sopralluogo per l’individuazione e/o conferma delle fonti di rischio	31/12/2025
4: Misure di prevenzione	Individuazione delle misure adatte e relativa implementazione	31/12/2025
5: Misure di controllo	Campionamenti microbiologici: Risultati negativi: controlli di routine annuali Risultati positivi: campionamenti continui dopo azioni correttive fino a negativizzazione	31/12/2025, salvo risultati positivi
6: Procedure specifiche di gestione Rischio Legionellosi, anche in assenza di casi	Redazione/revisione	31/12/2025
7: Procedure di segnalazione e notifica	Redazione/revisione	31/12/2025
8: Procedure in caso di ICA	Redazione/revisione	31/12/2025
9: Formazione del personale	1 evento	31/12/2025
10: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	1 evento	31/12/2025

Il presente *Programma di Controllo della Legionellosi* è da considerarsi redatto e approvato da tutto il Gruppo di lavoro e assume la data di revisione del documento cui è allegato (MOD-PARS).