

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023
Qualità e Risk Management
(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Redazione PARS e proposta di adozione	Funzione	Data
Dott. Andrea Frasca 	Resp. Qualità & Risk Management	24/03/2023
Validazione PARS	Funzione	Data
Dr. Filippo Berloco 	Direttore Sanitario	28/03/2023
Adozione e ratifica PARS	Funzione	Data
Dott. Nicola Fraddosio 	Presidente CdA Nomentana Hospital	28/03/2023

PREMESSE

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

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

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

0. SCOPO E CAMPO APPLICAZIONE

Scopo del presente Piano è definire le responsabilità e le modalità operative al fine di ridurre i rischi al minimo accettabile (*Contenimento del Rischio*), creare la cultura della sicurezza basata su un approccio *no-blame* (cioè di non colpevolezza), rafforzare le azioni avviate nel corso del 2022, concentrandosi sull'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, che rappresentano un obiettivo mandatorio regionale, in continuità con quanto previsto dalla Deliberazione n. 254 del 31 marzo 2015 recante "Adozione percorso aziendale per l'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza del paziente e degli operatori", nonché in aderenza alla Legge n. 24 del 8 marzo 2017, nell'ambito dell'erogazione di prestazioni e servizi sanitari accreditati e autorizzati della Casa di Cura **Nomentana Hospital**.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

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

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

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

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

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

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

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

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

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

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

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

1.1 ASSETTO DISTRIBUTIVO E FUNZIONALE DEL PRESIDIO SANITARIO

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

TABELLA 1 –

Edificio	Piano	Locali/Degenze/Servizi
Edificio principale (A1-2)	Piano seminterrato	Cucina e servizi annessi; Centrale termica; Cabina elettrica; Palestra fisioterapia e servizi annessi; Piscina terapeutica con relativi spogliatoi; Locali servizi generali; Servizio mortuario con annessa Cappella; Aula sindacale; CED; Accettazione Sanitaria (Accettazione Ricoveri)
	Piano terra (Ingresso A – Ingresso C)	Presidenza; Uffici di Direzione Sanitaria; Direzione Infermieristica; Direzione professioni sanitarie-Area riabilitativa; Ufficio URP-Risk Management; Palestra fisioterapia e servizi annessi; Palestra cardio-respiratoria; Servizi amministrativi e di Accettazione; - Area degenze di Riabilitazione (cod. 56); - Area degenze di Riabilitazione estensiva residenziale (ex art. 26 L. 833/78); - Area degenze di Riabilitazione estensiva semiresidenziale (ex art. 26 L. 833/78);

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

		Bar; Day Hospital riabilitativo; Laboratorio Analisi; Poliambulatorio
	Piano primo	Area degenze di Lungodegenza (cod. 60); Area degenze di R.S.A. "R2" Mantenimento Medio Alto n° 80 posti letto residenza accreditati, di cui: Nucleo 1 (20 posti letto residenziali); Nucleo 2 (20 posti letto residenziali); Nucleo 3 (20 posti letto residenziali); Nucleo 4 (20 posti letto residenziali).
	Piano secondo	- Centro di Emodialisi; - Area Hospice residenziale; - Area Hospice residenziale; - Area degenze di R.S.A. "R3" Mantenimento Medio Basso, n° 106 posti letto residenziali accreditati, di cui: - Nucleo 1 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 2 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 3 (20 posti letto residenziali); - Nucleo 4 (16 posti letto residenziali); - Nucleo 5 (15 posti letto residenziali); - Nucleo 6 (15 posti letto residenziali).
	Piano terzo	- Area degenze di Riabilitazione; - Area degenze di Riabilitazione per solventi.
Edificio A5	Piano seminterrato	Locali di deposito; Guardaroba; Archivi
Edificio B	Piano seminterrato	Deposito biancheria sporca; Deposito rifiuti ospedalieri trattati e materiali esausti
Edificio C	Piano seminterrato	Sala Soggiorno Polivalente; Spogliatoi del personale; Servizi idrici
	Piano terra	Aula magna; Ufficio DPO; Farmacia

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

Edificio D	Piano seminterrato	Centro di Diagnostica per Immagini e Servizi Amministrativi
Edificio E	Piano seminterrato	Deposito materiali Magazzino manutenzione
	Piano terra	Mensa Aziendale
Edificio F	Piano terra	Servizi amministrativi

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

TABELLA 2 - Dati al 31/12/2022

NOMENTANA HOSPITAL			
DATI STRUTTURALI			
POSTI LETTO ORDINARI ACCREDITATI E IN REGIME SOLVENZA	449	Riabilitazione Cod. 56	110
		L.D. post acuzie Cod. 60	98
		Ex art. 26 resid.	23
		Ex art. 26 semiresid.	6
		Cure palliative – Hospice resid.	12
		RSA Mantenim. Medio Alto (R2)	80
		RSA Mantenim. Medio Basso (R3)	106
		Degenza Solventi	14
		Servizio Emodialisi Ambulatoriale	23
DATI ATTIVITA' ANNO 2022 (fonte: Uff. Affari Generali-Istituzionali)			
RICOVERI ORDINARI	1724	RICOVERI DIURNI (Ex art. 26 L. 833/78)	32
BRANCHE SPECIALISTICHE	32	PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE SSN + EX ART. 26 AMBULATORIALE	9.630
		PRESTAZIONI EMODIALISI AMBULATORIALE	14.568
		PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI (escluse analisi laboratorio)	11.739

A seguito dell'evoluzione della situazione epidemica da COVID-19, anche nel corso dell'anno 2022 si è proceduto ad organizzare le attività della Casa di Cura in ottemperanza alle disposizioni regionali che hanno comportato:

- La piena ripresa delle attività ambulatoriali e di ricovero;
- Il ripristino della originaria ubicazione delle UU.OO. di degenza;
- Sono stati ridefiniti i percorsi per l'accesso e la veicolazione dei Pazienti e degli Operatori sanitari all'interno della Casa di Cura, per ogni singolo setting assistenziale.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI

In ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla L. 24/2017, al fine di consentire la corretta comprensione dei dati riportati nelle tabelle 3 e 4, è necessario chiarire alcune definizioni.

Si parla di **Evento Evitato** (anche detto Near Miss o Close Call) quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso (come di seguito specificato), viene intercettato prima di produrre danni oppure non ha conseguenze avverse per il paziente.

Quando si verifica un evento inatteso e correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente (ovviamente non intenzionale e indesiderabile), si parla di **Evento Avverso (EA)**.

Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili, ma solo quelli attribuibili ad un errore: l'effetto collaterale di un farmaco o la complicità di una procedura chirurgica, ad esempio, potrebbero non essere dovuti ad un errore. Quando l'evento avverso è di particolare gravità si parla di **Evento Sentinella (ES)**. In questi casi è necessario sottoporre l'evento a un'analisi approfondita per accertare se sia stato causato o vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili, che successivamente vanno affrontati con adeguate misure correttive.

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

Tabella 3 – Eventi segnalati nel 2022 (Art. 2, co. 5 L. 24/2017; Fonte: Sistema aziendale di reporting)

Tipo di evento*	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss/Close Call (NM)	n. 3/259 pari al 1,15% del totale degli eventi	Comunicazione 100% nei casi sottoposti ad analisi	Comunicazione 100%	100% dal sistema di Incident Reporting (Intranet aziendale segnalazioni e anonima)
Eventi Avversi (EA)	Cadute: 256 di cui n. 162 senza danno Classe 0 (63,3% del totale degli eventi) e n. 94 (36,7% degli eventi) con danno di cui 33,2% per cadute con danno Classe 1 (danno lieve); 3,5% per cadute con danno Classe 2 (danno moderato);	Comunicazione 40%; Organizzativi 60% (nei casi sottoposti ad analisi)	Comunicazione 40% Organizzative 60%	100% dal sistema di segnalazioni e evento incidente
Eventi Sentinella (ES)	4 (1,6% del totale cadute)			

Glossario:

MOD_ICO Scala di Conley; MOD_SEI scheda di segnalazione evento incidente

MOD_ANC Scheda di analisi delle cadute; MOD_IMO Scala di Morse

Dall'analisi dei dati raccolti tramite il sistema di reporting (intranet aziendale), e le schede di segnalazione compilate ed inviate alla Direzione Sanitaria dal Medico di reparto o dal Medico di guardia, riportati nella Tabella 3, si rileva che le cadute rappresentano l'evento avverso più rappresentativo la cui percentuale maggiore è costituita dalle cadute senza danno **Classe 0**, mentre le cadute con danno **Classe 1** (contusione)

sono state sottoposte ad audit quando segnalate più cadute per uno stesso paziente al fine di identificare azioni correttive immediate.

Nel periodo di riferimento sono stati registrati n. 4 eventi sentinella, sottoposti a RCA.

L'analisi degli eventi avversi, la cui dinamica è sempre riportata e spiegata nella scheda di analisi in uso a cura del Coordinatore Infermieristico, evidenzia che l'evento "Caduta" è avvenuto in condizioni di indipendenza e deambulazione autonoma del paziente, nella propria stanza, maggiormente durante il turno pomeridiano/notturno, soprattutto in soggetti cognitivamente non sempre conservati, in alcuni casi in presenza di altri fattori contribuenti come ad esempio la limitazione mediante sponde di protezione.

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

A fronte del dato raccolto e del livello di rischio evidenziato nel corso dell'analisi di fine anno 2021, la Struttura nel corso dell'anno 2022 ha proceduto alla sostituzione di ulteriori n. 50 letti articolati manualmente con altrettanti letti elettrici, che sulla base delle evidenze scientifiche sono in grado di ridurre la gravità dell'evento. Le risultanze di efficacia, auspicabilmente con la riduzione degli esiti da caduta, saranno oggetto di analisi al termine dell'anno 2023.

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

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

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

Rispetto alla contenzione quale misura di riduzione del rischio di caduta, non c'è nessuna evidenza scientifica che supporti l'uso di mezzi fisici di contenimento quale strategia per la prevenzione delle cadute in Pazienti anziani, ma al contrario vi è evidenza che la contenzione sia elemento di maggior rischio di danno grave da caduta, tanto che il ricorso alla contenzione mediante le sponde di sicurezza è diminuito del 30% rispetto al precedente anno.

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

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

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

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

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati (€)	
		Compagnia Ass.	Azienda
2018	8	-----	1.100,00
2019	7	465.000,00	167.973,36
2020	3	-----	16.000,00
2021	1	-----	1.000,00
2022	2	-----	150,00
Totale	21	651.223,36	

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

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

Anno	Polizza	Compagnia Ass.	Premio Lordo (€)	Franchigia (€)	BROKERAGGIO
2018	RCT/RCO	GENERALI ITALIA S.P.A.	€ 329.805,50	€ 25.000,00	Ecclesia GEAS Sanità Srl
2019	AUTOASSICURAZIONE				
2020	AUTOASSICURAZIONE				
2021	AUTOASSICURAZIONE				
2022	AUTOASSICURAZIONE				

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PARS 2022

PARS RISCHIO SANITARIO 2022		
OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1) Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico “La prevenzione e la gestione dell’errore in ambito medico legale”	No	Rinviato al 2023.
Attività 2) Corso ECM residenziale “Gestione dei dispositivi di accesso vascolare per la prevenzione delle complicanze”	SI	Ente formatore DEA Formazione; Effettuate n. 4 edizioni ed.1, partecipanti n. 58 (medici e infermieri).
Attività 3) Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM “La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione”	SI	n. 2 edizioni svolte nelle date: 11 Novembre e 02 Dicembre 2022; totale partecipanti n. 36 tra Medici ed Infermieri.
Attività 4) Prosecuzione del percorso Clinical Governance Core Curriculum (ECM) “Audit Clinico ed indicatori di Qualità” , riservato a Operatori identificati “Facilitatori/Referenti rischio clinico” , Medici-Infermieri-Terapisti delle UU.OO degenza/servizio, Direttore + Biologo Laboratorio Analisi	SI	Ente formatore Gimbe, n. 1 Ed., Aprile 2022, n. 25 partecipanti (infermieri, terapisti, medici, biologo).
OBIETTIVO B) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività 1) Progettazione ed esecuzione di un corso sulla prevenzione degli errori in terapia farmacologica “Somministrazione dei farmaci: competenze e responsabilità” in modalità FAD.	NO Rinviato al 2023, iniziato 16/01/2023 termine 31/12/2023	Ente formatore DEA Formazione , 1 Ed., per n. 25 partecipanti (infermieri, terapisti, medici, biologo)
Attività 2) Aggiornamento della SUT (scheda unica di terapia) in formato analogico con requisiti Racc.	SI	In uso in tutte le UU.OO.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

n. 7		
Attività 3) Esecuzione di almeno n. 2 incontri nell'anno con responsabili di U.O. per discutere risultanze delle verifiche di qualità della cartella clinica	SI	
PARS – RISCHIO INFETTIVO 2022		
OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1 – Progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI'	<ol style="list-style-type: none">1. Corso (No ECM) "Rilevatori dell'igiene delle mani" a cura di docenti interni, n. 1 edizione partecipanti n. 18 (infermieri e fisioterapisti).2. Corso FAD ECM "Introduzione al contrasto delle infezioni correlate all'assistenza: aspetti organizzativi, prevenzione, sorveglianza e controllo" (a cura di EDUISS), anno 2022, partecipanti n. 43 (infermieri, fisioterapisti, T.O., medici, biologi, tecnici di laboratorio).3. Corso FAD ECM "Introduzione al contrasto delle infezioni correlate all'assistenza. Rilevanza del problema, concetti, metodi e precauzioni" (a cura di EDUISS), anno 2022, partecipanti n. 35 (infermieri, fisioterapisti, T.O., medici).
PARS RISCHIO SANITARIO 2022		
OBIETTIVO B) - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1) Implementazione della Raccomandazione n. 9 del Ministero della Salute per la "Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali".	NO	Sono in fase avanzata gli elaborati del gruppo di lavoro. Possibile data termine lavori: 31/12/2023

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

Attività 3) Corso formazione (NO ECM) “ Gestione del carrello di emergenza ” ed aggiornamento della procedura interna; Destinatari Medici e infermieri	SI	Progettato ed erogato con docenti interni, n. 2 edizioni Novembre 2022
PARS RISCHIO INFETTIVO 2022		
OBIETTIVO B: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL’IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D’AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA’ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA’ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA’ 1 – C.3. Monitoraggio indiretto dell’adesione all’igiene delle mani – monitoraggio trimestrale di consumo di prodotto a base alcolica C.3.1	SI’	1.Resoconto trimestrale del consumo di prodotto a base alcolica INDICATORE SI 2.Redazione di report INDICATORE SI’ - Cfr. tabelle
ATTIVITA’ 2 – C.3. Monitoraggio indiretto dell’adesione all’igiene delle mani – monitoraggio trimestrale del consumo di sapone C.3.2	NO	1.Resoconto trimestrale del consumo di sapone INDICATORE SI 2.Redazione di report INDICATORE SI - Cfr. tabelle
ATTIVITA’ 3 – C.5. Feedback – C.5.2 - <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	1.Esecuzione del feedback INDICATORE SI
ATTIVITA’ 4 – C.5. Feedback – C.5.3 - <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	SI	1.Esecuzione del feedback INDICATORE SI
ATTIVITA’ 5 – E.1 - Team per la promozione e l’implementazione ottimale della pratica dell’igiene delle mani - E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	SI	1.Esecuzione incontri mensili del team INDICATORE SI
PARS RISCHIO SANITARIO 2022		

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

OBIETTIVO C) – Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1) Progettazione ed esecuzione di un corso "Prevenzione, gestione e tecniche di contenimento delle aggressioni e atti di violenza a danno degli operatori sanitari", Destinatari: tutte le professioni	NO	Rinviato al 2023.
PARS RISCHIO INFETTIVO 2022		
OBIETTIVO C: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1: Definizione/Implementazione/consolidamento del modello della raccolta e flusso dati per il sistema di sorveglianza delle batteriemie da CRE	SI'	INDICATORE Implementazione modello di raccolta flusso dati STANDARD SI'
ATTIVITA' 2a: Elaborazione di Report diffusione a livello delle UUOO delle colonizzazioni/infezioni da CRE	SI'	INDICATORE Report semestrale STANDARD SI' - CFR. Quadri sinottici e tabelle
ATTIVITA' 2b: Elaborazione di Report su patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti	SI'	INDICATORE Produzione di report con cadenza semestrale (consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria distinto per reparto e principio attivo) STANDARD SI' - CFR. Quadri sinottici e tabelle
ATTIVITA' 3: Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a: prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario.	SI'	INDICATORE Produzione della procedura STANDARD SI'
ATTIVITA' 4: Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)	NO	INDICATORE Produzione del programma STANDARD SI'
ATTIVITA' 5: Esecuzione di indagini di prevalenza	SI'	INDICATORE

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

sulle principali ICA		Realizzazione di indagine di prevalenza. STANDARD SI'
PARS – RISCHIO SANITARIO 2022		
OBIETTIVO D) – Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 15) Partecipazione del Risk Manager alle sedute del Tavolo permanente rischio clinico – CRRC Regione Lazio	SI	100% (Numero sedute del Tavolo permanente convocate/numero di presenze, al netto delle assenze giustificate)
Attività 16) Partecipazione del Risk Manager all'attività del CC-ICA aziendale	SI	100% (Numero sedute del CC-ICA aziendale convocate/numero di presenze, al netto delle assenze giustificate)

PARS – RISCHIO INFETTIVO 2022

Di seguito vengono riportate le tabelle ed i grafici relativi alle attività del 2022:

OBIETTIVO B: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

In ottemperanza a quanto disposto nel Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani, il Nomentana Hospital ha provveduto a redigere il nuovo questionario di autovalutazione sotto riportato, aggiornato alla data del 31 dicembre 2022, con gli aggiornamenti negli obiettivi declinati nel piano d'azione locale redatto fino al 31 dicembre 2023 e riportato in allegato; gli obiettivi non raggiunti del 2022 sono stati riprogrammati per il 2023

Questionario di autovalutazione al 31 dicembre 2021

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

Questionario di autovalutazione al 31 dicembre 2022

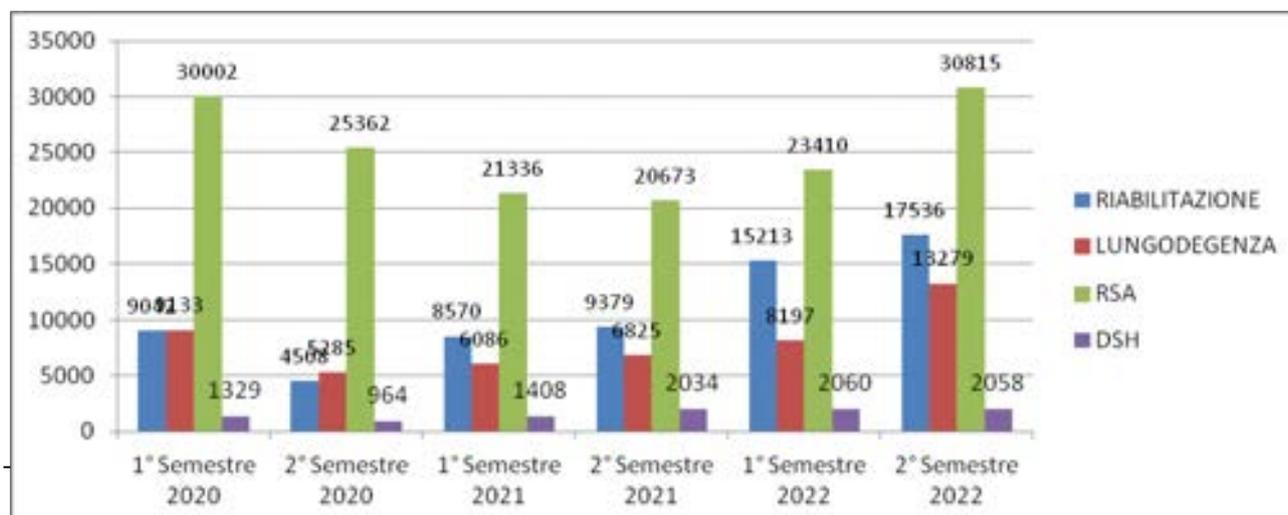
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
TOTALE SEZIONE A (INTERMEDIO)		55
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE		
TOTALE SEZIONE B (AVANZATO)		80
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 - Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente? (almeno ogni tre mesi)	SI	5
C.3.2 - Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni tre mesi)	NO	0
C.5 Feedback		
C.5.2 - <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
C.5.3 - <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	SI	7,5
TOTALE SEZIONE C (BASE)		42,5
SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE		
TOTALE SEZIONE D (INTERMEDIO)		60
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica dell'igiene delle mani		
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	SI	5
TOTALE SEZIONE E (INTERMEDIO)		60

NOMENTANA HOSPITAL GIORNATE DI DEGENZA



Casa di Cura Privata Accreditata

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

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

CONSUMO GELIDROALCOOLICO ANNO 2022 SUDDIVISO PER AREE ASSISTENZIALI E PER TRIMESTRI (LT/1000 GG DI DEGENZA ORDINARIA)

	I° TRIMESTRE	II° TRIMESTRE	III° TRIMESTRE	IV° TRIMESTRE
RIABILITAZIONE	6,94	3,94	6,5	7
LUNGODEGENZA	12,5	12,1	6,6	6,7
RSA	2,94	4,7	6,7	8,9

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

REPORT IGIENE DELLE MANI ANNO 2022

PREMESSA

Il presente Report analizza la *compliance* relativa all'igiene delle mani registrata durante il 1° SEMESTRE 2022 all'interno delle Unità Operative del NOMETANA HOSPITAL (Casa di Cura privata accreditata) seguendo le indicazioni previste dall'Organizzazione Mondiale della Sanità www.who.int/gpsc/en/index.html

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

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

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

La sorveglianza ha interessato le **Unità Operative del NOMETANA HOSPITAL**; sono state monitorate **2784 indicazioni** di igiene delle mani primo semestre e **2196 indicazioni** di igiene delle mani, suddivise come riportato nelle tabelle 1 e 2

1° SEMESTRE 2022			
INDIC.	OPP.	AZIONI	%
Pr. Cont.	993	677	68,2%
Pr. As.	333	222	67%
Dp. Fluido	385	350	91%
Dp. Cont.	684	520	76%
Dp. Circ.	389	293	75,3%
TOTALE	2784	2062	74%

Nomentana Hospital S.r.l.
Casa di Cura Privata Accreditata

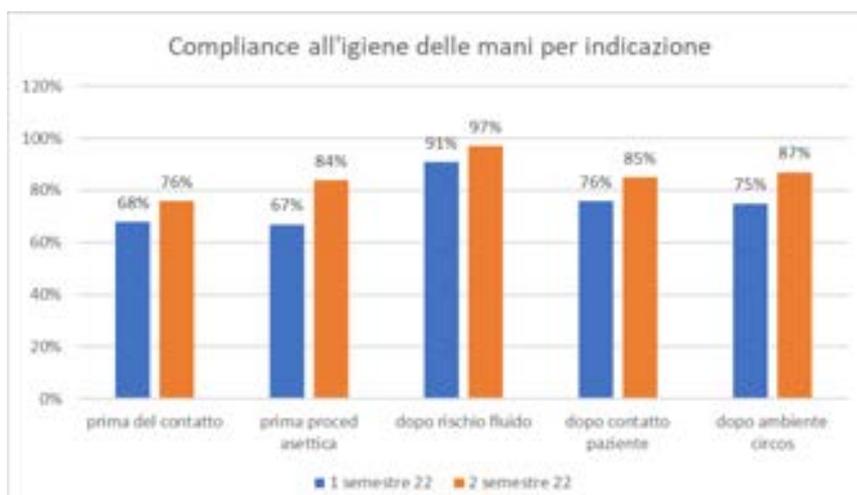
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

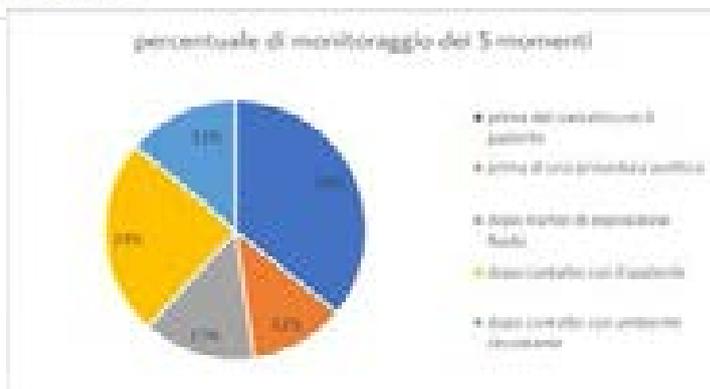
(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

2° SEMESTRE 2022			
IND.	OPP.	AZIONI	%
Pr. Cont.	793	604	76%
Pr. As.	259	217	84%
Dp. Fluido	368	356	97%
Dp. Cont.	533	451	85%
Dp. Circ.	243	212	87%
TOTALE	2196	1840	84%

Frequenza registrata delle 5 indicazioni all'igiene delle mani OMS e relativa compliance ai 5 momenti nel 1° e 2° semestre 2022



1° semestre 2022



2° semestre 2022

Percentuale registrata delle 5 indicazioni all'igiene delle mani OMS

1° SEMESTRE 2022		
CATEGORIA	N.	%
INFERMIERE	1182	42,4%
OSS	950	34%
MEDICO	370	13%
FKT	224	8%
ASS	52	2%
TIROC OSS	6	0,2%
TOTALE	2784	100%

2° SEMESTRE 2022		
CATEGORIA	N.	%
INFERMIERE	980	45%
OSS	770	35%
MEDICO	220	10%
FKT	202	9%
ASS	24	1%
TIR OSS	0	0
TOTALE	2196	100%

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

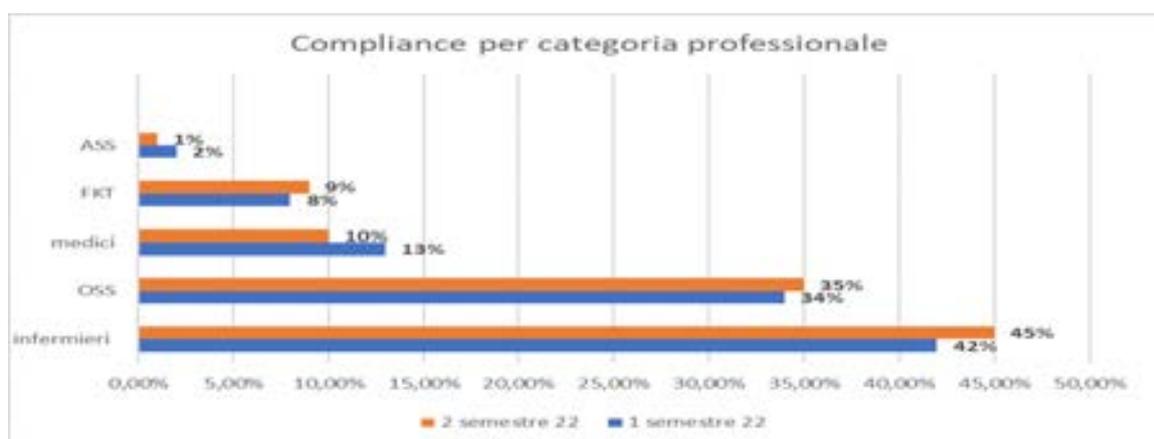
(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Frequenza delle opportunità per categoria professionale 1° e 2° semestre 2022

1° SEMESTRE 2022			
CATEGORIA	N. OPP.	N. AZ.	%
INFERMIERE	1182	960	81,2%
OSS	950	686	72,2%
MEDICO	370	243	65,6%
FKT	224	105	46,8%
ASS	52	47	90%
TIROC OSS	6	6	100%
TOTALE	2784	2047	73,5%

2° SEMESTRE 2022			
CATEGORIA	N. OPP.	N. AZ.	%
INFERMIERE	980	878	90%
OSS	770	656	85%
MEDICO	220	162	74%
FKT	202	126	62%
ASS	24	18	75%
TIROC OSS	0	0	0%
TOTALE	2196	1840	84%

Compliance per categoria professionale 1° e 2° semestre 2022



DATI PER UNITA' OPERATIVA

Di seguito è riportato il numero di rilevazioni per UO con la relativa compliance raggiunta nel primo e nel secondo semestre 2022.

La redistribuzione dei posti letto legati all'emergenza COVID ha limitato il periodo di apertura di alcuni reparti come la UO DSR10, attiva da marzo 2022 e con un periodo di osservazione di soli tre mesi (fino a giugno 2022), e la UO DSM21 avente come periodo di osservazione Aprile 2022/Giugno 2022.

1° semestre 2022

UO	RILEVAZIONI	AZIONI	COMPLIANCE
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR10	336	203	60,4%
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR11	197	98	50%
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR12	366	340	93%
LUNGODEGENZA COD 60 - DSM22	97	44	45%
LUNGODEGENZA COD 60 - DSM21	57	31	54,3%
POLIAMBULATORIO - DSAM	166	151	91%
RSA ALTO MANTENIMENTO - DSBB	504	207	18%
RSA BASSO MANTENIMENTO - DSBA	302	292	97%
EX ART. 26 - DSD	169	158	93,4%
CENTRO EMODIALISI - DSE	287	273	95%
HOSPICE RESIDENZIALE - DSH	303	150	49,5
	Nomentana Hospital S.r.l.		
TOTALE	2784	1947	70%

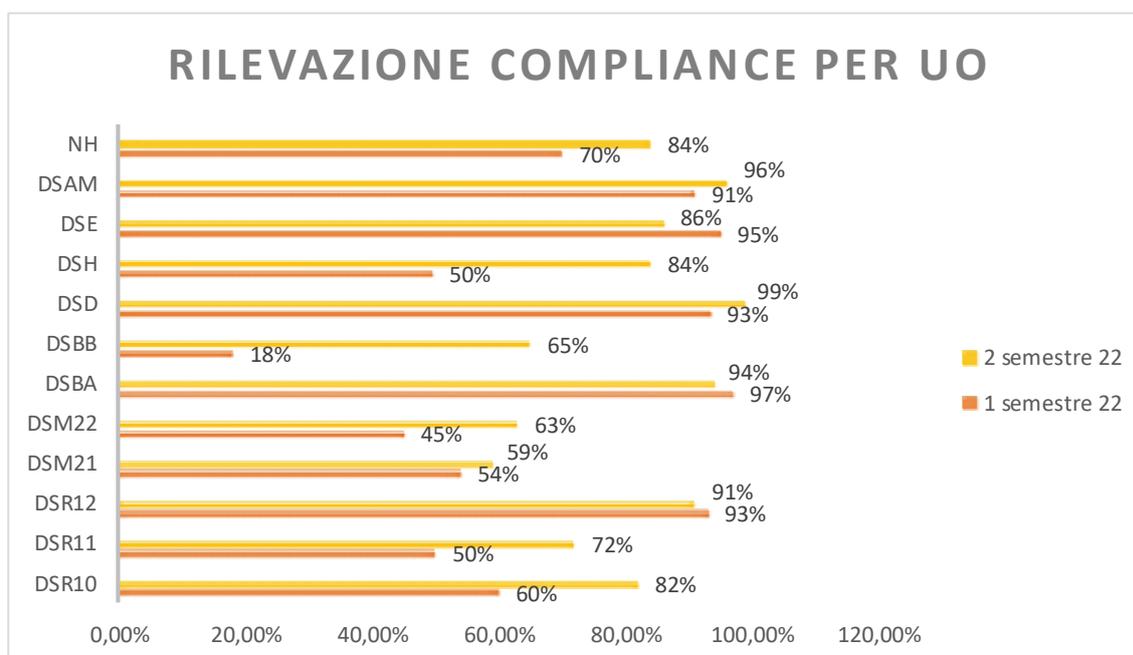
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

2° semestre 2022

UO	RILEVAZIONI	AZIONI	COMPLIANCE
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR10	239	195	82%
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR11	341	244	72%
RIABILITAZIONE COD 56 - DSR12	266	242	91%
LUNGODEGENZA COD 60 - DSM22	101	60	59%
LUNGODEGENZA COD 60 - DSM21	145	92	63%
POLIAMBULATORIO - DSAM	177	166	94%
RSA ALTO MANTENIMENTO - DSBB	107	70	65%
RSA BASSO MANTENIMENTO - DSBA	282	280	99%
EX ART. 26 - DSD	100	84	84%
CENTRO EMODIALISI - DSE	177	153	86%
HOSPICE RESIDENZIALE - DSH	262	252	96%
Totale	2196	1840	84%



Rilevazioni e compliance per ogni Unità logistica 1ª e 2° semestre 2022

IMPLEMENTAZIONE

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

Non è possibile eseguire uno studio comparativo rispetto agli anni precedenti poiché questo rappresenta il primo report di questo genere eseguito dal Nomentana Hospital. Si è comunque proposto il confronto tra i due semestri per evidenziare le aree di miglioramento.

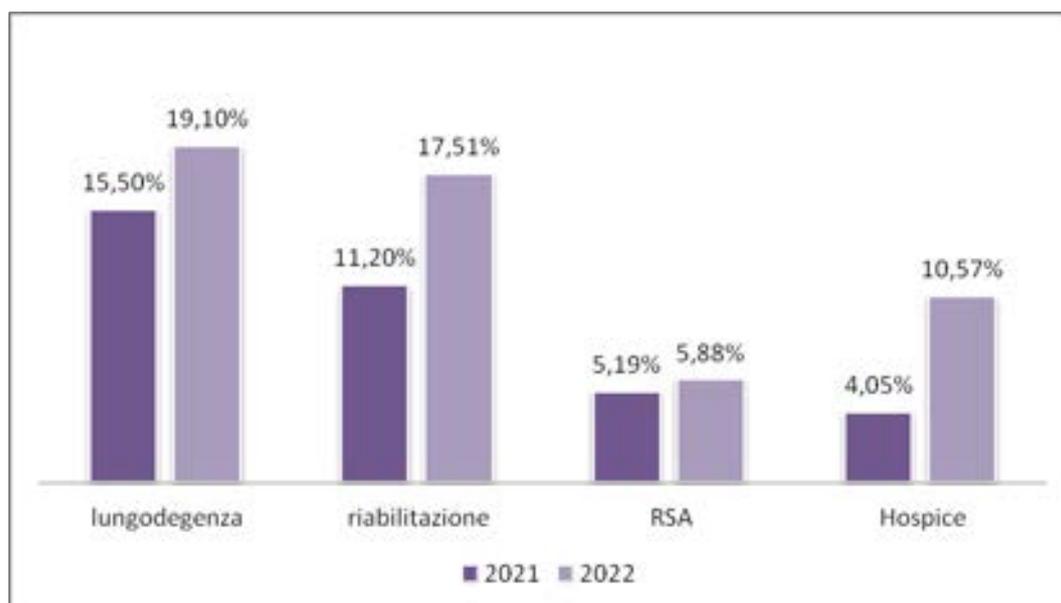
OBIETTIVO C: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CRE

ATTIVITA' 2a: elaborazione di report di diffusione a livello delle UOO ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento.

Nel Nomentana Hospital è attivo un sistema di screening mediante tamponi rettali per la ricerca di Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE) rivolto ad una popolazione target con le seguenti caratteristiche: pazienti trasferiti da altra struttura (PS, Ospedali, lungodegenze, RA, cliniche di riabilitazione), pazienti con precedente ricovero negli ultimi trenta giorni, pazienti con precedente positività a CRE. Lo screening ha lo scopo di identificare tempestivamente eventuali pazienti portatori di germi CRE e prevenirne la trasmissione ospedaliera.

TAMPONI ESEGUITI	Lungodegenza	Riabilitazione	RSA	Hospice	Totale
2021	495	726	77	222	1520
2022	682	1073	170	208	2133

% di positività allo screening per la ricerca di CRE e totale dei tamponi eseguiti nel 2021 e 2022 nelle varie aree di ricovero



ATTIVITA' 2b: elaborazione di report su patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antifettivi e dei relativi costi sostenuti

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

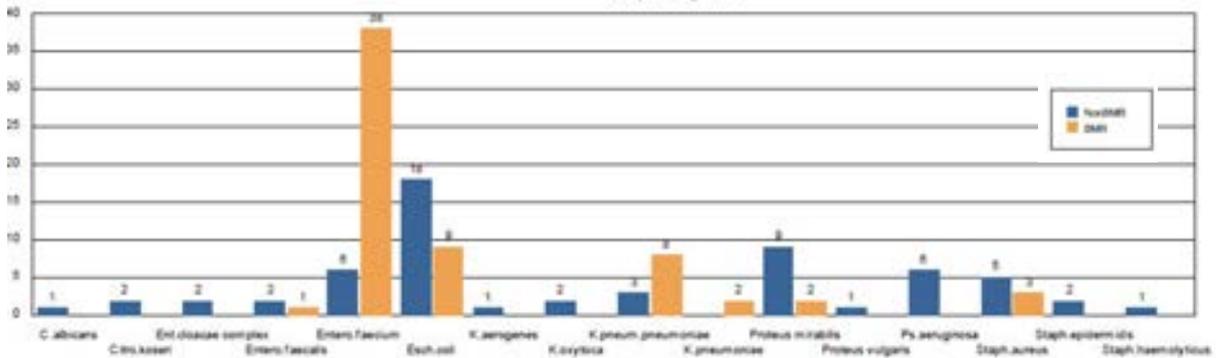
(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

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

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

NOMENTANA HOSPITAL UUOO RIABILITAZIONE

dati di positività per ricerca patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza/consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria 1 gennaio – 30 giugno 2022 su esami culturali



Mappa di farmacoresistenza 1° semestre riabilitazione

* Le resistenze a ceftazidime/avibactam sono state smentite in vitro con semina in terreni dedicati



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI RIABILITAZIONE 1° SEMESTRE 2022

PRINCIPIO ATTIVO	unità posologiche	DDD/100 GG DEG	costo totale
AMIKACINA IM/EV 5F.LE 500MG	215 fl	0,7	36,40 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	1272 cpr	4,9	71,30 €
AZITROMICINA 3CPR RIV 500MG	6 cpr	0,1	6,70 €
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	176 cpr	0,6	26,00 €
CEFIXORAL*5CPR RIV 400MG	10 cpr	0,07	7,58 €
CEFTRIAXONE IM 1G+F 3,5ML	136 fl	0,4	106,00 €
CEFTRIAXONE INF POLV 2G	10 fl	0,1	10,80 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	510 fl	1,7	34,80 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	56 cpr	0,4	16,40 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	122 bst	0,8	211,70 €
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	31 fl	0,1	37,20 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	230 cpr	1,5	45,10 €
MEROPENEM FL 500 MG EV	60 fl	0,1	93,60 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	54 fl	0,1	167,40 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	24 fl	0,04	74,40 €
TEICoplanina 200 MG FL IV	23 fl	0,1	107,60 €
VANCOMICINA INF FL 500MG	148 fl	0,2	213,12 €

NOMENTANA HOSPITAL UUOO LUNGODEGENZA

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI LUNGODEGENZA 1° SEMESTRE 2022

PRINCIPIO ATTIVO	unità posologiche	DDD/100 GG DEG	costo totale
AMIKACINA*IM IV 5 FL 500MG 2ML	10 fl	0,1	8,10 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	360 cpr	2,6	34,50 €
AZITROMICINA 3CPR RIV 500MG	9 cpr	0,2	10,11 €
BASSADO*10CPR 100MG	30 cpr	0,4	7,53 €
CEFAZOLINA TEVA*IV F 1G+F 10ML	10 fl	0,04	12,20 €
CEFTRIAXONE IM 1G+F 3,5ML	32 fl	0,2	25,00 €
CEFTRIAXONE INF POLV 2G	146 fl	1,8	157,70 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	246 cpr	1,5	20,50 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	210 cpr	2,6	61,50 €
DEFLAMON FLEBO*IV FL 500MG 100	90 fl	0,4	316,00 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	34 bst	0,4	58,80 €
GENTAMICINA SOLFATO*3F 80MG/2M	266 fl	1,1	319,20 €
IMIPENEM+CILASTATINA 500MG+500MG	50 fl	0,2	150,00 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	290 cpr	3,5	56,80 €
MEROPENEM FL 500 MG EV	230 fl	0,5	359,00 €
MEROPENEM EV POLV FL 1G	560 fl	2,3	1.277,00 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	130 fl	0,2	403,00 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	448 fl	1,6	1.513,00 €
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	71 fl	0,4	332,30 €
VANCOMICINA INF FL 500MG	151 fl	0,5	217,44 €

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

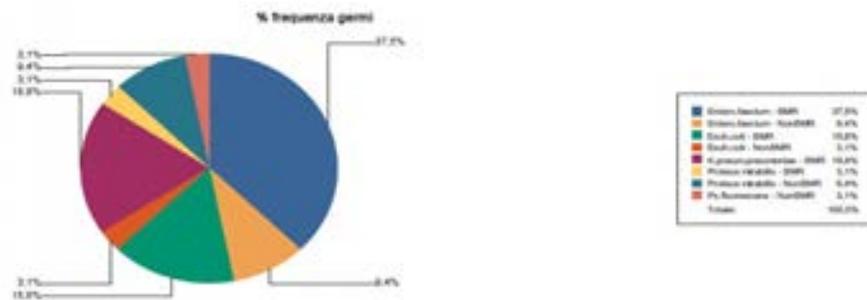
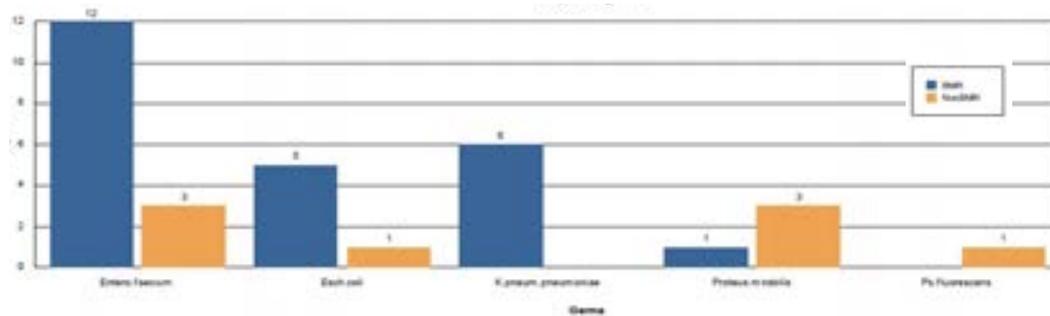
Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UUOO RIABILITAZIONE

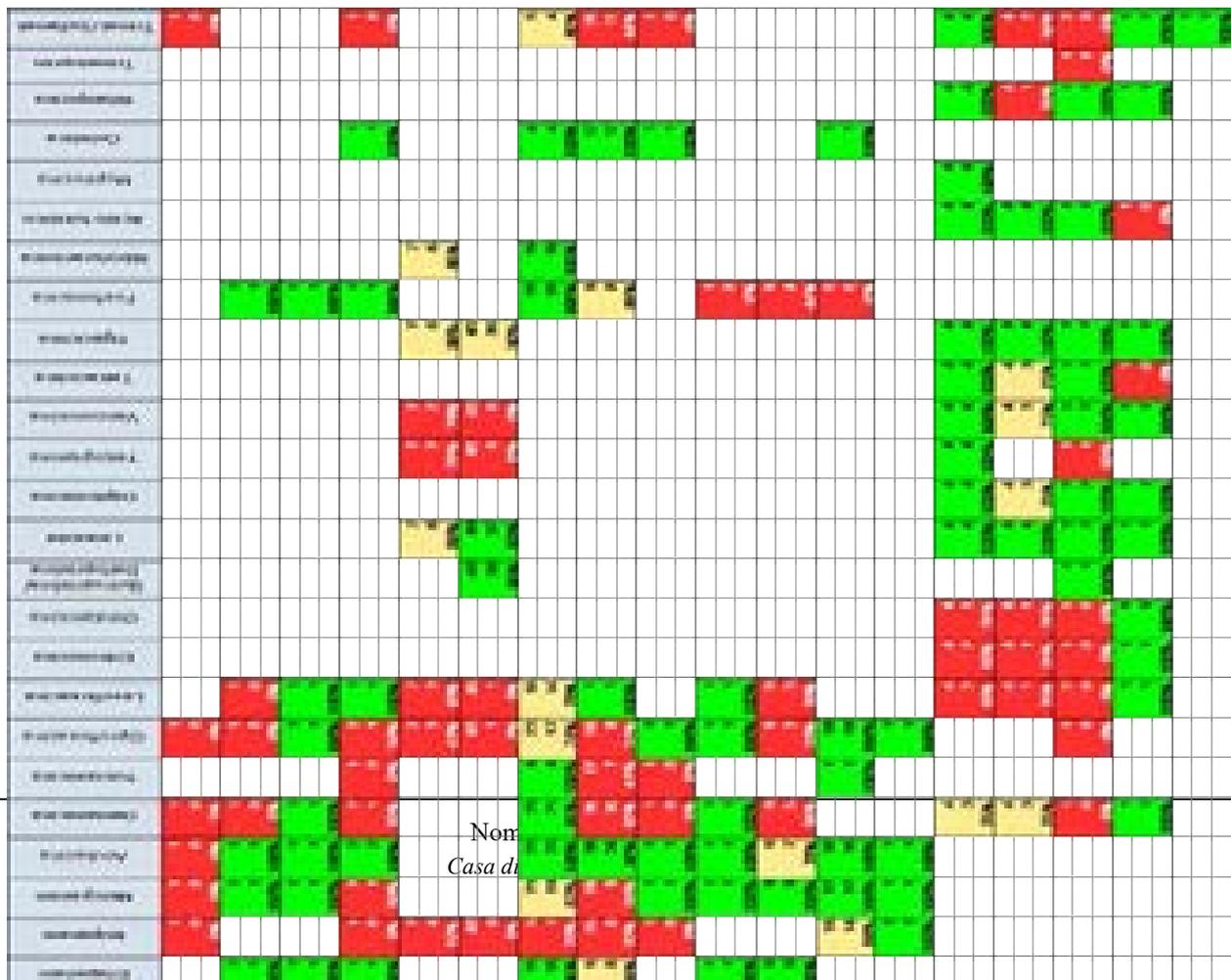
dati di positività per ricerca patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza/consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria su esami colturali

1 luglio – 31 dicembre 2022



Mappe di farmacoresistenza 2° semestre riabilitazione

* Le resistenze a ceftazidime/avibactam sono state smentite in vitro con semina in terreni dedicati



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI RIABILITAZIONE 2° SEMESTRE 2022

PRINCIPIO ATTIVO	unità posologiche	DDD/100 GG DEG	costo totale
AMIKACINA IM/EV F.LE 500MG	84 fl	0,02	68,80 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	888 cpr	2,9	85,10 €
AMOXICILLINA RATIO.*12CPR 1G	108 cpr	0,4	18,60 €
AZITROMICINA 3CPR RIV 500MG	18 cpr	0,2	20,22 €
CEFAZOLINA TEVA*IV F 1G+F 10ML	26 fl	0,05	31,70 €
CEFTRIAZONE IM 1G+F 3,5ML	94 fl	0,3	73,30 €
CEFTRIAZONE INF POLV 2G	50 fl	0,3	54,00 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	690 cpr	2	55,20 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	14 cpr	0,08	4,10 €
DALACIN C*12CPS 150MG	24 cps	0.02	7,56 €
FLUCONAZOLO 10CPS 100MG	70 cps	0,02	4,90 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	214 bst	1,22	371,30 €
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	22 fl	0,01	26,40 €
GIASION*10CPR RIV 400MG	cpr	0,06	22,40 €
LEVOFLOXACINA 500 MG/100 ML flacone	59 flc	0,3	54,90 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	145 cpr	0,08	28,40 €
LINEZOLID 2MG/ML 300ML	10 fl	0,01	437,00 €
MEROPENEM FL 500 MG EV	80 fl	0,08	1.248,00 €
MEROPENEM EV POLV FL 1G	40 fl	0,08	912,00 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	123 fl	0,1	381,30 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4.5 G 1FL EV	10 fl	0,02	31,10 €
TEICoplanina 200 MG FL IV	20 fl	0,06	93,60 €
TIGECICLINA 50MG 10 FLC/5ML	1 flc	0,03	250,00 €

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UOOO LUNGODEGENZA

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

1 luglio – 31 dicembre 2022



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI LUNGODEGENZA 2° SEMESTRE 2022

PRINCIPIO ATTIVO	unità posologiche	DDD/100 GG DEG	costo totale
AMIKACINA IM/EV F.LE 500MG	85 fl	0,3	68,80 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	420 cpr	1,8	40,20 €
AMOXICILLINA RATIO.*12CPR 1G	12 cpr	0,01	2,07 €
AZITROMICINA 3CPR RIV 500MG	36 cpr	0,4	40,44 €
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	48 cpr	0,2	7,10 €
BASSADO*10CPR 100MG	40 cpr	0,03	10,04 €
CEFAZOLINA TEVA*IV F 1G+F 10ML	21 fl	0,05	25,60 €
CEFIXORAL*5CPR RIV 400MG	15 cpr	0,04	22,70 €
CEFTAZIDIMA IM 1FL 1G+FL 3ML	39 fl	0,07	114,30 €
CEFTRIAXONE IM 1G+F 3,5ML	32 fl	0,1	25,00 €
CEFTRIAXONE INF POLV 2G	120 fl	0,9	129,60 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	414 cpr	1,5	33,12 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	196 cpr	1,5	57,40 €
CLINDAMICINA LIM*5F 600MG/4ML	75 fl	0,2	68,40 €
DALACIN C*12CPS 150MG	24 cps	0,02	7,56 €
DEFLAMON FLEBO*IV FL 500MG 100	18 fl	0,04	63,20 €
FLUCONAZOLO 10CPS 100MG	50 cps	0,2	3,50 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	30 bst	0,2	52,00 €
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	30 fl	0,07	36,00 €
LEVOFLOXACINA 500 MG/100 ML flacone	10 flc	0,07	93,00 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	105 cpr	0,8	20,60 €
LINEZOLID 2MG/ML 300ML	124 flc	0,2	539,40 €
MEROPENEM 10FL 500 MG EV	260 fl	0,3	405,60 €
MEROPENEM EV POLV FL 1G	650 fl	1,6	1.413,60 €
METRONIDAZOLO FLAC 500MG 100ML	40 flc	0,1	16,50 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	45 fl	0,05	139,50 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	693 fl	0,5	2.148,30 €
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	90 fl	0,3	421,20 €
VANCOMICINA INF FL 500MG	572 fl	1,08	823,70 €

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS 2023

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

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

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

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITA' 2023 (ad esclusione degli obiettivi ed attività legati alla gestione del rischio infettivo descritti al punto 7.)

6.1 OBIETTIVI

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

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

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

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

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

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

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

In ottemperanza a quanto previsto dalla Determinazione REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.U.0124752.02-02-2023 "Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS)", ai sensi di quanto previsto dalla L. 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", gli obiettivi strategici definiti a livello regionale su cui progettare il PARS 2023, sono i seguenti:

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

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

6.2 ATTIVITA' 2023

OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure		
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico		
INDICATORE	Esecuzione di una edizione del corso ECM "Corretta compilazione della documentazione sanitaria e prevenzione del contenzioso medico legale", entro il 30/12/2022, Obbligatorio per Medici, Coordinatori, Infermieri, Tecnici sanitari (Fisioterapista - T.O. - Logopedista), Funzioni di staff Direzione Sanitaria.	
STANDARD	SI	
FONTE	Risk Management, Direzione Corsi Formazione	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Direzione Formazione

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

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

INDICATORE	Esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM "La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione" , entro il 31/12/2022, destinatari: Medici, Coordinatori, Infermieri.
STANDARD	SI
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

Attività 3 - Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico

INDICATORE	Completamento del percorso Clinical Governance Core Curriculum, Ente formatore GIMBE , per i Referenti/Facilitatori del rischio clinico entro il 31/12/2023 per n. 7 operatori tra Medici – Coordinatori di U.O. - Infermieri – Farmacista – Resp. Lab. Analisi
STANDARD	SI
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direzione Formazione	Provider formazione GIMBE
Progettazione del corso	C	C	R
Accreditamento del corso	C	C	R
Esecuzione del corso	C	C	R

❖ **Riservato agli operatori identificati come Referenti della rete aziendale per la gestione del rischio clinico.**

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

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

Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un corso sulla prevenzione degli errori in terapia farmacologica

INDICATORE	Esecuzione del corso ECM "Somministrazione dei farmaci: competenze e responsabilità" in modalità FAD, entro il 31/12/2023.
STANDARD	SI
FONTE	Risk Management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

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

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

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

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

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

Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un corso "Prevenzione, gestione e tecniche di contenimento delle aggressioni e atti di violenza a danno degli operatori sanitari"

INDICATORE	Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 30/12/2023.
STANDARD	SI
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

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

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

INDICATORE	Effettuazione di almeno due SWA nell'anno 2023 con elaborazione di report e conseguente specifico piano di miglioramento
STANDARD	SI
FONTE	Risk Management

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

Attività 3) – Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management

INDICATORE	100% (Numero sedute del Tavolo permanente convocate/numero di presenze, al netto delle assenze giustificate)
STANDARD	SI
FONTE	Risk Management

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

Attività 4) – Partecipazione del Risk Manager all'attività del CC-ICA aziendale

INDICATORE	100% (Numero sedute del CC-ICA aziendale convocate/numero di presenze, al netto
-------------------	---

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

	delle assenze giustificate)
STANDARD	SI
FONTE	Risk Management

7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2023

7.1 OBIETTIVI

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

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

- 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 d'Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- 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 (CRE)

7.2 ATTIVITA'

OBIETTIVO A

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 1 – Organizzazione di attività/formazione degli operatori mirate alla prevenzione delle ICA		
INDICATORE - esecuzione di un numero di corsi entro il 31/12/2023 che assicurino la partecipazione di almeno il 50% del personale		
STANDARD - 50% del personale		
FONTE - CC-ICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CC-ICA	Direzione Formazione
1.Progettazione dei corsi	C	R
2.Esecuzione dei corsi	C	R

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

OBIETTIVO B****

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

ATTIVITA' 2 – Redazione Piano d'azione locale con declinazione delle attività previste per il 2023

INDICATORE – SI'

STANDARD – CRRC – Regione Lazio

FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	DAI	Farmacia	CDA
1.Redazione del piano	R	C	C	C	C	I
2.Approvazione del piano	I	C	C	I	I	R

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

****** Vedi ALLEGATO**

OBIETTIVO C

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

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

INDICATORE - Report semestrale

STANDARD - SI

FONTE – Laboratorio Analisi e Patologia Clinica

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Laboratorio analisi	CC-ICA	DS	RM	Reparti e Servizi
1.Elaborazione Report	R	I	I	I	I
2. Diffusione Report	C	R	C	C	C
3.Monitoraggio e controllo	I	C	C	R	C

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

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

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

INDICATORE – produzione di report semestrali

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

STANDARD – almeno un report								
FONTE - CCICA								
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'								
Azione	CCICA	RM	DAI	DFC	DS	Lab. analisi	Primari UOOO	Coord. Inf.
1. esecuzione dei tamponi rettali di sorveglianza sui soggetti "esposti" a PZ colonizzati/infetti	C	C	C	I	C	C	R	R
2. elaborazione e produzione di report	R	C	C	I	C	R	I	I

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE						
ATTIVITA' 3 – Elaborazione di report su patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antifettivi e dei relativi costi sostenuti.						
INDICATORE – Produzione di report con periodicità semestrale (consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria, distinto per reparto e principio attivo).						
STANDARD - SI						
FONTE - Farmacia						
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'						
Azione	Laboratorio analisi	Farmacia	CC-ICA	Reparti e Servizi	DS	RM
1. Elaborazione del Report integrato	R	R	C	C	I	I
2. Diffusione Report	C	C	R	C	C	C

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE					
ATTIVITA' 4. - Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert					
INDICATORE - Produzione di Report con periodicità semestrale (incidenza su campioni colturali di microrganismi alert/1000 giornate di degenza)					
STANDARD - 50% (1)					
FONTE – Laboratorio Analisi					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azione	Laboratorio analisi	CC-ICA	RM	Resp reparto	Coord. Inferm.
1.Elaborazione dei Report	C	C	C	I	I
2. Diffusione dei report	C	R	C	I	I

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE					
ATTIVITA' 5. Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)					
INDICATORE - Produzione del programma					
STANDARD - SI'					
FONTE – CC-ICA					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azione	CC-ICA	DS	RM	DIR FORM	
1.Progettazione programma	R	C	C	R	
2.Realizzazione	C	I	I	R	

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CRE			
ATTIVITA' 6. Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA			
INDICATORE Realizzazione indagine di prevalenza			
STANDARD - Si			
FONTE – CC-ICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	CC-ICA	DS	RM
1.Progettazione indagine	R	C	C
2.Esecuzione indagine	C	I	R
3.Elaborazione e analisi dei risultati	R	C	C
4.Restituzione dei risultati	C	I	R

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

11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS verrà diffuso secondo le seguenti modalità:

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

12. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
9. Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante "Approvazione del documento recante: 'Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)";
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti";
12. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
13. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";
14. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
15. Decreto Regione Lazio DCA U00469 del 07/11/2017, Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
17. Determinazione Regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
18. Decreto del Commissario ad Acta del 29 ottobre 2018 n. U00400 recante "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2023

Qualità e Risk Management

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

19. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017".
20. Determinazione n. G07551 del 25/06/2020 recante "Approvazione del <<Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica>> e del <<Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio>>".
21. Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 recante "Adozione del <<Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)>>".

13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
8. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017.