

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025
Qualità e Risk Management
(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Redazione PARS e proposta di adozione	Funzione	Data	Firma
Dott. Andrea Frasca	Resp. Risk Management	24/03/2025	
Validazione PARS	Funzione	Data	Firma
Dr. Filippo Berloco	Direttore Sanitario	25/03/2025	
Adozione e ratifica PARS	Funzione	Data	Firma
Dott. Nicola Fraddosio	Presidente CdA Nomentana Hospital	25/03/2025	

SOMMARIO

PREMESSE	2
0. SCOPO E CAMPO APPLICAZIONE	3
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI	7
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	10
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PARS 2024	10
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS 2024	31
6. OBIETTIVI E ATTIVITA' 2025 (AD ESCLUSIONE DEGLI OBIETTIVI ED ATTIVITÀ LEGATI ALLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO DESCRITTI AL PUNTO 7.)	32
7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2025	37
11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS	44
12. RIFERIMENTI NORMATIVI	44
13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	45

PREMESSA

ERRORE. IL SEGNA LIBRO NON È DEFINITO.

IMPLEMENTAZIONE

ERRORE. IL SEGNA LIBRO NON È DEFINITO.

ACRONIMI

DS	Direttore Sanitario
DSup	Resp. Qualità & Risk Management
CC-ICA	Comitato Controllo Infezioni Correlate Assistenza
RM	Risk Manager
DSla	Laboratorio Analisi
DFC	Direttore Finanza e Controllo
DSai	Direttore Area Infermieristica
DSsf	Farmacia
RESP	Responsabile U.O.
CIN	Coordinatore U.O.

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

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 2023, 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.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

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.

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-Qualità-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) – 2025

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) – 2025

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 31/12/2024

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 2024 (fonte: Uff. Affari Generali-Istituzionali)			
RICOVERI ORDINARI	2144	RICOVERI DIURNI (Ex art. 26 L. 833/78)	34
		PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE SSN	6.276
BRANCHE SPECIALISTICHE	32	PRESTAZIONI EMODIALISI AMBULATORIALE	11.732
		PRESTAZIONI AMBULATORIALI (escluse analisi laboratorio)	16.274

A seguito della rimodulazione delle misure di sicurezza COVID-19, nel corso dell'anno 2023 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;
- Il ripristino della originaria ubicazione delle UU.OO. di degenza;
- la rimodulazione degli spazi dedicati alla degenza nei reparti di lungodegenza, riabilitazione, nelle residenze sanitarie assistenziali, al fine di garantire il distanziamento individuale di almeno un metro tra i pazienti;
- il regolare approvvigionamento dei DPI necessari ed indicati per ogni setting assistenziale;
- Ridefinizione dei 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**.

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**. 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) – 2025

Qualità e Risk Management

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

Tabella 3 – Eventi segnalati nel 2024 (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	3 (0,8% del totale: NM+EA)	Fattori umani 100% nei casi sottoposti ad analisi	Comunicazione 100%	100% dal sistema di Incident Reporting (Intranet aziendale segnalazione anonima)
Eventi Avversi (EA)	360 cadute (93,4% del totale degli EA) di cui <ul style="list-style-type: none"> • n. 330/360 = 91,7% per cadute senza danno • n. 30/360 = 8,3% per cadute con danno di cui 6,38% per cadute con danno Classe 1; 1,1% per cadute con danno Classe 2; 0,3% per cadute con danno Classe 3	Fattori Umani 50% Fattori legati a farmaci 20% Fattori ambientali 10%; Organizzativi 20% (nei casi sottoposti ad analisi)	Comunicazione misure preventive ai pazienti/Ospiti 40% Organizzative (innalzamento della sorveglianza) 60%	100% dal sistema di segnalazione evento incidente
Eventi Sentinella (ES)	3			

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 con danno Classe 1 (contusione). Nel periodo di riferimento sono stati registrati n. 3 eventi Classe 3 (danno severo) di cui n. 3 classificati ES e segnalati con analisi e piano di miglioramento sul portale regionale SIRES. Tutti gli eventi rilevati e riportati in tabella sono stati registrati sul portale SIRES.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

Dall'analisi degli eventi avversi, la cui dinamica è sempre riportata e spiegata nella scheda di analisi MOD_ANC, si rileva che l'evento caduta è avvenuto in molti casi in condizioni di indipendenza e deambulazione autonoma del paziente, nella propria stanza, per lo più durante il turno pomeridiano, anche 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.

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'evento avverso 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, la cui ultima revisione è stata trasmessa alle UU.OO. in data 21/03/2016 e in pari data pubblicata nella intranet aziendale, unitamente alle due scale di valutazione del rischio "Conley Score scale, MOD_ICO" e "Morse score scale, MOD_IMO" 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.

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 autorizzativo, la mitigazione del rischio deve essere bilanciata con il bisogno di promuovere e favorire l'indipendenza funzionale, che è il principale obiettivo della riabilitazione.

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 erogato (€)	
		Compagnia Ass.	Azienda
2020	1		16.000,00
2021	1		1.000,00
2022	1		150,00
2023	6	275.000,00	779.500,00
2024	4		506.846,41

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

Totale		1.578.496,41
---------------	--	--------------

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

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

Anno	Polizza	Compagnia Ass.	Premio Lordo (€)	Franchigia (€)	BROKERAGGIO
2020					AUTOASSICURAZIONE
2021					AUTOASSICURAZIONE
2022					AUTOASSICURAZIONE
2023					AUTOASSICURAZIONE
2024					AUTOASSICURAZIONE

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PARS 2024

PARS 2024		
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 corretta compilazione della documentazione sanitaria e prevenzione del contenzioso medico legale"	SI	
Attività 2) Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM "La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione"; Destinatari Medici-Coordinatori-Infermieri	NO	Rinviato al 2025 a causa della numerosità di eventi formativi rinviati dal 2023 al 2024.
Attività 3) Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM "La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione", Destinatari OSS	SI	Ente formatore Gimbe, destinatari operatori "Facilitatori rischio clinico".
PARS – RISCHIO INFETTIVO 2024		

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITA' 1 – Progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI'	Corso (No ECM) "Rilevatori dell'igiene delle mani" a cura di docenti interni, n. 1 edizione partecipanti n. 15 (tutte le professioni sanitarie).
PARS 2024		
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) Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 31/12/2024 del corso ECM "Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica".	SI	
Report semestrale di verifica della qualità delle cartelle cliniche	SI parzialmente	
PARS – RISCHIO INFETTIVO 2024		
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' DA RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 PER 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.3.3 il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	PARZ.	1.Variazione sistema di erogazione dispenser a muro gel alcolico - NO 2.Incremento punti di erogazione gel alcolico - NO 3.Attività di formazione igiene delle mani – SI' 4.monitoraggio attività di rilevazione compliance igiene delle mani – SI'
ATTIVITA' 2 – 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?	SI'	1.Esecuzione del feedback INDICATORE SI'
ATTIVITA' 3 – D.2. – Con quale frequenza viene effettuata una verifica periodica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	SI'	INDICATORE SI' – ogni 2-3 mesi
ATTIVITA' 4 – D.4 Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	INDICATORE SI'

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

ATTIVITA' 5 – E.5.1 – I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	INDICATORE SI'
PARS 2024		
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 "Prevenire, gestire gli atti di aggressione nelle strutture sanitarie", Destinatari: tutte le professioni	SI	Corso ECM in modalità BLENDED; Destinatari: Tutti gli operatori (medici-infermieri-OSS-Operatori di primo contatto con il pubblico) Nel 2025 la formazione proseguirà con altre edizioni del medesimo corso.
Attività 2): Introduzione del Safety Walk Around (SWA) come strumento per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure. Effettuazione di n. 2 SWA nell'anno, con analisi e piano di miglioramento.	SI	
PARS 2024 – RISCHIO INFETTIVO		
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: Elaborazione di Report diffusione a livello delle UUOO delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento	SI'	INDICATORE Report semestrale STANDARD SI' - CFR. Quadri sinottici e tabelle
ATTIVITA'2: Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coproculture) delle infezioni/colonizzazioni da CRE - estensione del modello di sorveglianza attiva ai Pz. "esposti"	NO	INDICATORE Produzione di report semestrali STANDARD SI'
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	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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

ATTIVITA'4: Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert.	SI'	INDICATORE Produzione di report con periodicità semestrale (incidenza su campioni colturali di microrganismi alert/1000 giornate di degenza) STANDARD 50% (1)
ATTIVITA' 5: Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)	SI'	INDICATORE 1. Corso (No ECM) "Terapia empirica delle infezioni acute delle vie respiratorie", n. 2 edizioni partecipanti 12 (medici) 2. Corso (No ECM) "Terapia empirica delle infezioni delle vie urinarie", n. 1 edizione partecipanti 12 (medici) STANDARD SI'
ATTIVITA' 6: Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA	NO	INDICATORE Realizzazione di indagine di prevalenza. STANDARD SI'

PARS 2025

Di seguito vengono riportate le tabelle ed i grafici relativi alle attività del 2024:

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 31/12/2025 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

VEDI ALLEGATO A

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

Nell'ambito del CC-ICA è stato istituito un sottogruppo tecnico di Antimicrobial Stewardship per la costante promozione di un uso responsabile e appropriato degli antibiotici, il cui Piano di attività comprende le seguenti principali linee di azione:

- 1) Adozione di regole e raccomandazioni sull'uso degli antibiotici
- 2) Individuazione di indicatori e metodi di monitoraggio dell'uso degli antibiotici
- 3) Previsione di una reportistica periodica sull'uso degli antibiotici

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

4) Audit sull'uso degli antibiotici

5) Interventi di formazione del personale sanitario sull'uso corretto degli antibiotici.

il CC-ICA si è riunito due volte nell'arco dell'anno solare e nello specifico.

08/02/2024 verbale con protocollo interno 737/24

03/10/2024 verbale con protocollo interno 146/25

ATTIVITA' 1 e 4a: Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tamponi rettali) delle colonizzazioni/infezioni da CRE – elaborazione di report su diffusione a livello delle UOO ospedaliere di 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	Totale
2021	495	726	77	1298
2022	682	1225	170	2077
2023	1219	1391	168	2847
2024*	773	1155	52	1980

*la discrepanza dei campioni è legata alla variazione della modalità di sorveglianza adottata a partire da marzo 2024: i controlli seriatati vengono eseguiti esclusivamente sui pazienti esposti

% di positività allo screening per la ricerca di CRE e totale dei tamponi di sorveglianza all'ingresso eseguiti nel 2024 nelle varie aree assistenziali

TAMPONI ESEGUITI	Lungodegenza	%CRE	Riabilitazione	%CRE	RSA	%CRE
2024	773	13%	1155	2,6%	52	11,5%

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

% RESISTENZA MEROPENEM RIABILITAZIONE 1° SEM. 2024 TAMPONE RETTALE DI SCREENING

	% SENS	% RESIST.	N. CAMPIONI +
Enterobacter cloacae	0	100%	1
Klebsiella Pneumoniae	0	100%	13
Pseudomonas Luteola	0	100%	2

% RESISTENZA MEROPENEM RIABILITAZIONE 1° SEMESTRE 2024 ESAMI COLTURALI

	% SENS	% RESIST.	N. CAMPIONI +
Klebsiella Spp	77%	13%	1

% RESISTENZA MEROPENEM RIABILITAZIONE 2° SEM. 2024 TAMPONE RETTALE DI SCREENING

	% SENS	% RESIST.	N. CAMPIONI +
Acinetobacter Baumannii	0	100%	3
Klebsiella Spp	0	100%	8
Pseudomonas Aeruginosa	95%	5%	1
Pseudomonas Luteola	0%	100%	1

% RESISTENZA MEROPENEM RIABILITAZIONE 2° SEMESTRE 2024 ESAMI COLTURALI

	% SENS	% RESIST.	N. CAMPIONI +
E. Coli	94%	6%	1
Klebsiella Spp	85%	15%	2

% RESISTENZA MEROPENEM LUNGODEGENZA 1° SEM. 2024 TAMPONE RETTALE DI SCREENING

	% SENS	% RESIST.	N. CAMPIONI +
Acinetobacter Baumannii	0	100%	3
E. Coli	0	100%	3
Klebsiella Spp.	0%	100%	42
Pseudomonas Aeruginosa	79%	21%	4

% RESISTENZA MEROPENEM LUNGODEGENZA 1° SEMESTRE 2024 ESAMI COLTURALI

	% SENS	% RESIST.	N. CAMPIONI +
Cyrobacter krauseri	0	100%	1
E.Cloacae	97%	4%	2
Klebsiella Spp	66%	34%	12
Proteus Mirabilis	89%	11%	2
Pseudomonas Aeruginosa	67%	33%	8

% RESISTENZA MEROPENEM LUNGODEGENZA 2° SEM. 2024 TAMPONE RETTALE DI SCREENING

	% SENS	% RESIST.	N. CAMPIONI +
Acinetobacter Baumannii	0	100%	5
E. coli	50%	50%	2
Klebsiella Sp..	0%	100%	34
Pseudomonas Aeruginosas	83%	17%	5
Pseudomonas Luteola	0%	100%	1

% RESISTENZA MEROPENEM LUNGODEGENZA 2° SEMESTRE 2024 ESAMI COLTURALI

	% SENS	% RESIST.	N. CAMPIONI +
Cyrobacter krauseri	0	100%	1
E.Cloacae	97%	4%	2
Klebsiella Spp	66%	34%	12
Proteus Mirabilis	89%	11%	2
Pseudomonas Aeruginosa	67%	33%	8

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

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".

Attività implementata a partire dal 2° trimestre 2024, per cui è possibile fornire il report relativo al 2° semestre 2024

TAMPONI ESEGUITI	Lungodegenza	Riabilitazione	RSA	Totale
2° semestre 2024	675	5	19	702

% di positività allo screening per la ricerca di CRE su PZ "ESPOSTI" e totale dei tamponi di sorveglianza eseguiti nel 2° semestre 2024 nelle varie aree assistenziali

TAMPONI ESEGUITI	Lungodegenza	%CRE	Riabilitazione	%CRE	RSA	%CRE	Totale
2° semestre 2024	676	6,36%	5	0	19	10,5%	700

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

ATTIVITA' 3: definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza e circolazione dei microrganismi alert - produzione di report con periodicità semestrale (incidenza su campioni colturali di microrganismi alert/1000 giornate di degenza)

Numero di esami clinici eseguiti nelle varie linee assistenziali**

	1° semestre 2023	n. esami positivi	% positività	2° semestre 2023	n. esami positivi	% positività
LUNGO	281	56	19,92%	1070	109	10,20%
RIAB	124	27	21,77%	750	36	4,80%
RSA	67	12	17,91%	201	7	3,48%

** Dati comprensivi di emocolture



**Dati comprensivi di emocolture

Numero di esami clinici eseguiti nelle varie linee assistenziali*

	1° semestre 2023	n. esami positivi	% positività	2° semestre 2023	n. esami positivi	% positività
LUNGO	240	46	19,1%	428	97	22,6%
RIAB	117	26	22,2%	172	35	20,3%
RSA	63	12	19,4%	81	7	8,6%

*Dati al netto di emocolture

Numero di esami clinici eseguiti nelle varie linee assistenziali*

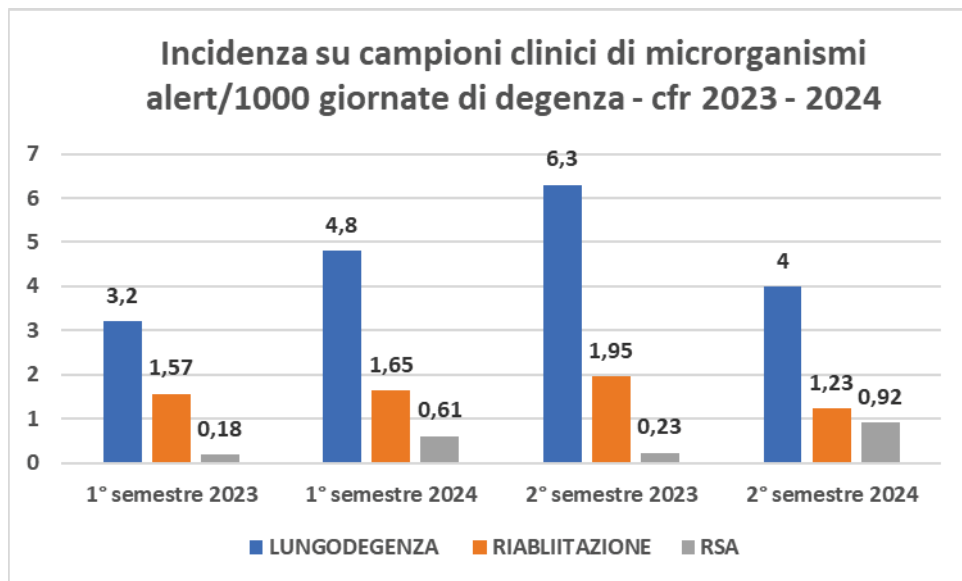
	1° semestre 2024	n. esami positivi	% positività	2° semestre 2024	n. esami positivi	% positività
LUNGO	315	95	30,16%	274	72	26,3%
RIAB	137	27	19,7%	116	21	18,1%
RSA	115	18	15,65%	110	27	24,54%

*Dati al netto di emocolture

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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



*Dati al netto di emocolture

Nel 2024 le emocolture sono state esternalizzate in attesa di adeguare il laboratorio interno conformemente agli standard previsti dalle linee guida AMCLI, per tale motivo non è possibile ottenere dati statistici su questo campione culturale.

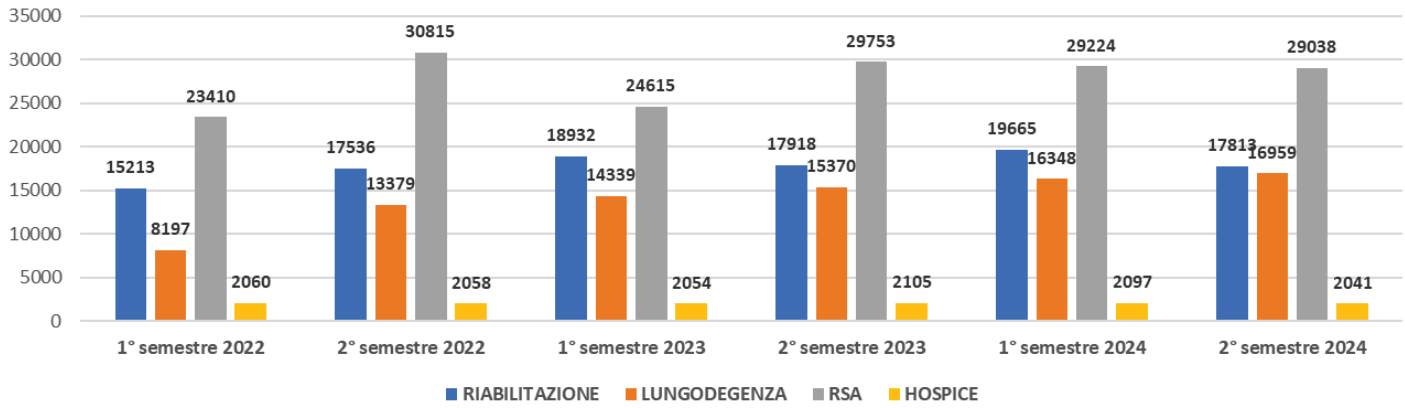
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

ATTIVITA' 4: b 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

NOMENTANA HOSPITAL - giornate di degenza

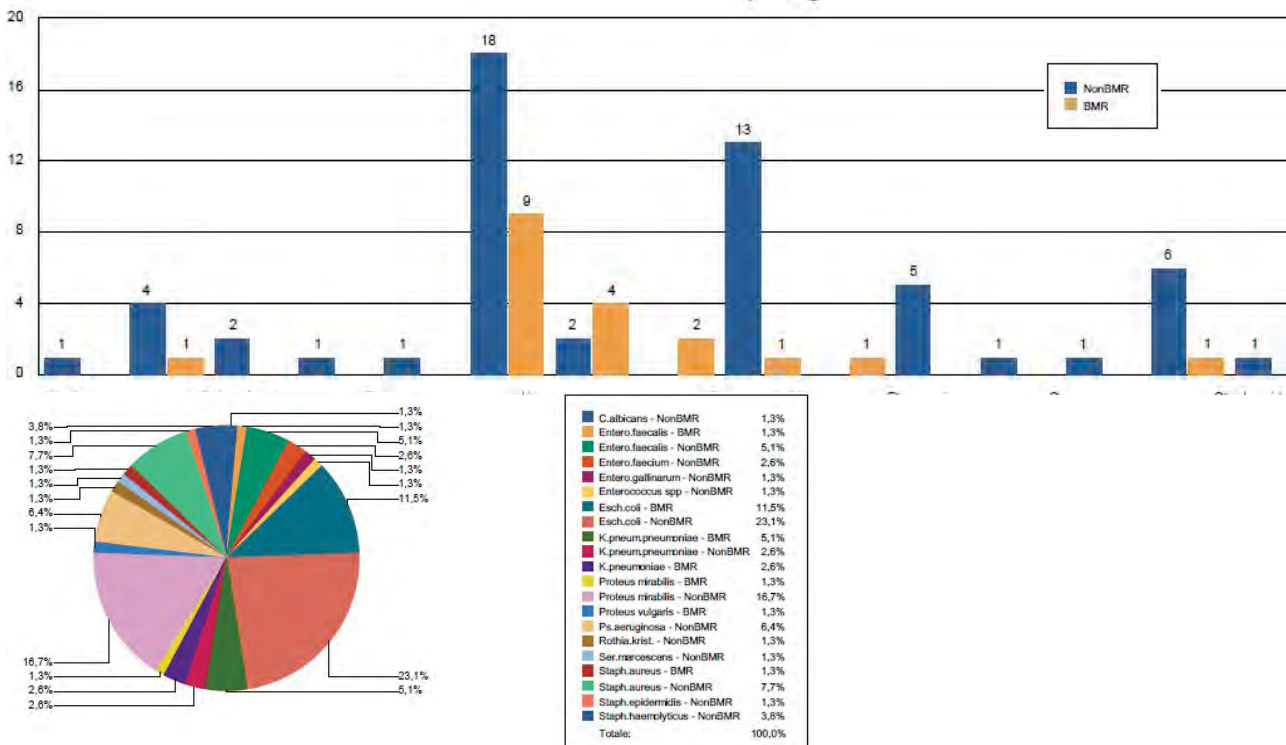


Per il calcolo dei DDD* sono stati utilizzati parametri forniti dal portale "FARMADATI Italia" ed applicata la seguente formula

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

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 2024 su esami colturali



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

Mappa di farmacoresistenza 1° semestre riabilitazione

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

		Benzilpenicillina	Ampicillina	Amoxicillina/Acido clavulanico	Ampicillina/Sulbactam	Piperacillina/tazobactam	Oxacillina	Ceftazidime	Ceftaxima	Cefepime	Ertapenem	Imipenem	Meropenem	Amikacina	Gentamicina	Ciprofloxacina	Levofloxacina	Ertromicina	Clindamicina	Quinupristina/Dalfopristina	Linezolid	Daptomicina	Telcicaplina	Vancomicina	Tetraciclina	Tigeciclina	Fosfomicina	Nitrofurantoina	Acido fusidico	Mupirocina	Colistina	Rifampicina	Trimetoprim/Sulfametossazolo			
Enteroc. faecalis	Totale AST	55	5	5	5	5																														
	Totale R (%)	11	1	1	1	1																														
Enteroc. faecium	Totale AST	20	2	2	2	2																														
	Totale R (%)	12	2	2	2	2																														
Enteroc. gallinarum	Totale AST	60	1	1	1	1																														
	Totale R (%)	10	0	0	0	0																														
Enterococcus spp	Totale AST	10	1	1	1	1																														
	Totale R (%)	6	1	1	1	1																														
E. coli	Totale AST	60	100	100	100	100																														
	Totale R (%)	378	20	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	25																			
K.pneum. pneumoniae	Totale AST	84	15	9	4	4																														
	Totale R (%)	22	75	33	15	15																														
K.pneum. pneumoniae	Totale AST	77	6	6	6	6																														
	Totale R (%)	25	5	5	5	5																														
K.pneumoniae	Totale AST	32	83	83	83	83																														
	Totale R (%)	10	2	2	2	2																														
Proteus mirabilis	Totale AST	10	40	40	40	40																														
	Totale R (%)	106	9	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	13																			
Proteus vulgaris	Totale AST	24	2	3	3	3																														
	Totale R (%)	13	22	21	21	21																														
Ps.aeruginosa	Totale AST	12	1	1	1	1																														
	Totale R (%)	3	1	1	1	1																														
Ser.marcescens	Totale AST	25	100	100	100	100																														
	Totale R (%)	35	5	5	5	5																														
Shaph.aureus	Totale AST	1	1	1	1	1																														
	Totale R (%)	11	1	1	1	1																														
Shaph.epidermidis	Totale AST	9	100	100	100	100																														
	Totale R (%)	119	7	7	7	7																														
Shaph.haemolyticus	Totale AST	26	6	6	6	6																														
	Totale R (%)	22	86	86	86	86																														
Shaph.haemolyticus	Totale AST	13	1	1	1	1																														
	Totale R (%)	5	2	2	2	2																														
Shaph.haemolyticus	Totale AST	38	42	42	42	42																														
	Totale R (%)	42	3	3	3	3																														
Shaph.haemolyticus	Totale AST	19	3	3	3	3																														
	Totale R (%)	45	100	100	100	100																														

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI RIABILITAZIONE 1° SEMESTRE 2024

PRINCIPIO ATTIVO	UNITA' POSOLOGICA	DDD/100 GG DEG	COSTO TOT
AMIKACINA IM/EV F.LE 500MG	10 FLE	0,02	25,30 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	1368 CPR	4,06	200,70 €
AMOXICILLINA RATIO.*12CPR 1G	264 CPR	0,9	33,41 €
AZITROMICINA 3CPR RIV 500MG	9 CPR	0,08	2,38 €
SULFAMETOXAZOLO E TRIMETOPRIM 16CPR 160MG+800MG	176 CPR	0,9	28,57 €
CEFAZOLINA*IV F 1G+F 10ML	45 FLE	0,1	78,60 €
CEFTAZIDIMA 1FL 1G+FL 3ML	10 FLE	0,01	13,70 €
CEFTRIAXONE IM 1G+F 3,5ML	88 FLE	0,22	67,80 €
CEFTRIAXONE INF POLV 2G	40 FLE	0,2	52,80 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	936 CPR	2,4	120,10 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	56 CPR	0,3	17,60 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	140 BS	0,71	184,80 €
FLUCONAZOLO 10CPS 100MG	80 CPS	0,2	6,60 €
LEVOFLOXACINA 500 MG/100 ML flacone	20 FLE	0,1	24,40 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	430 CPR	2,19	106,90 €
LINEZOLID 2MG/ML 300ML	12 FLE	0,03	50,80 €
MEROPENEM 500 MG EV	119 FLE	0,4	173,20 €
MEROPENEM 1G EV	22 FLE	0,04	61,95 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	25 FLE	0,018	74,70 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	79 FLE	0,11	239,00 €
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	102 FLE	0,26	435,30 €
TEICOPLANINA 400 MG FL IV	5 FLE	0,02	64,30 €
DOXICICLINA*10CPR 100MG	30 CPR	0,15	7,02 €
CEFUROXIMA 6 CPR 500MG	18 CPR	0,09	10,80 €
METRONIDAZOLO FLAC 500MG 100ML	21 FLC	0,04	25,40 €
MINOCICLINA 8 CPS 100 MG	48 CPS	0,12	22,74 €
VANCOMICINA INF FL 500MG	46 FL	0,06	81,00 €
ZAVICEFTA 2G/0,5G	20 FLE	0,03	2.706,70 €
			4.916,57 €

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

ceftazidime/avibactam sono state smentite in vitro con semina in terreni dedicati

	Totale AST	Totale R	R (%)	Benzilpenicillina	Amoxicillina/Acid o clavulanic	Ampicillina/ Sulbactam	Piperacillina/ tazobactam	Oxacillina	Ceftriaxone	Cefazidime	Ceftazidime/Avibactam	Cefepime	ertapenem	Imipenem	Mercopenem	Amikacina	Gentamicina	Tobramicina	Ciprofloxacina	Levofloxacina	Eritromicina	Cindamicina	Quinolone/ Dactiprina	Linezolid	Daptomicina	Tecoplanina	Vancomicina	Tetraciclina	Tigeciclina	Fosfomicina	Nitrofurantoina	Acido fusidico	Mupirocina	Colistina	Rifampicina	Trimetoprim	Trimetoprim/Sulfato					
<i>Ac. haemolyticus</i>																																										
<i>Chro. freundii</i>																																										
<i>Chro. koerei</i>																																										
<i>Ent. cloacae complex</i>																																										
<i>Entero. faecalis</i>																																										
<i>Entero. faecium</i>																																										
<i>Entero. gallinarum</i>																																										
<i>Enterococcus spp</i>																																										
<i>Esch. coli</i>																																										
<i>K.aerogenes</i>																																										
<i>K.pneum.pneumoniae</i>																																										
<i>Morg.morg. morganii</i>																																										
<i>Proteus hauseri</i>																																										
<i>Proteus mirabilis</i>																																										
<i>Proteus vulgaris</i>																																										
<i>Provid. stuartii</i>																																										
<i>Pa.aeruginosa</i>																																										
<i>Pa.luteola</i>																																										
<i>Rothia.krist.</i>																																										
<i>Ser.l liquefaciens</i>																																										
<i>Staph.aureus</i>																																										
<i>Staph.epidermidis</i>																																										
<i>Staph.haemolyticus</i>																																										
<i>Staph.pseudinterme d.</i>																																										

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI LUNGODEGENZA 1° SEMESTRE 2024

PRINCIPIO ATTIVO	UNITA' POSOLOGICA	DDD/100 GG DEG	COSTO TOT
AMIKACINA IM/EV 500MG	130 FLE	0,4	187,20 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	1416 CPR	5,05	217,00 €
AZITROMICINA 3CPR RIV 500MG	6 CPR	0,06	1,60 €
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	336 CPR	2,05	56,30 €
DOXICICLINA*10CPR 100MG	80 CPR	0,5	18,75 €
CEFAZOLINA TEVA*IV F 1G+F 10ML	59 FLE	0,12	64,30 €
CEFTAZIDIMA IM 1FL 1G+FL 3ML	210 FLE	0,32	288,70 €
CEFTRIAXONE INF POLV 2G	130 FLE	0,8	171,60 €
CEFEPIME*IM IV FL 1G+F 3ML	290 FLE	0,44	1.164,30 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	594 CPR	1,82	76,20 €
CLARITROMICINA 12 CPR 250MG	24 CPR	0,07	4,55 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	245 CPR	1,5	88,90 €
DAPTOMICINA 1 FL POLV 350 MG	12 FLE	0,1	816,00 €
FLUCONAZOLO 10CPS 100MG	280 CPS	0,86	23,10 €
FLUCONAZOLO KABI* 200ML	40 FLE	0,5	77,00 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	40 BS	0,25	52,80 €
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	100 FLE	0,16	153,70 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 250MG	5 CPR	0,01	3,20 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	275 CPR	1,7	63,40 €
LINEZOLID 2MG/ML 300ML	370 FLE	1,13	1.716,50 €
MEROPENEM 500 MG EV	43 FLE	0,04	85,60 €
MEROPENEM EV POLV 1G	1023 FLE	2,1	2.968,60 €
METRONIDAZOLO FLAC 500MG 100ML	55 FLE	0,11	61,20 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	91 FLE	0,08	203,90 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	1398 FLE	2,44	4.045,00 €
VANCOMICINA INF FL 500MG	871 FLC	1,33	1.477,00 €
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	140 FLE	0,43	597,50 €
TEICOPLANINA 400 MG FL IV	11 FLE	0,07	141,00 €
AMPICILL.SUL.IBI*20ML 1G+500MG	84 FLE	0,09	224,50 €
CEFIXIMA 5 CPR 400 MG	40 CPR	0,24	60,00 €
MINOCICLINA 8 CPS 100 MG	80 CPS	0,24	38,00 €
			15.147,40 €

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

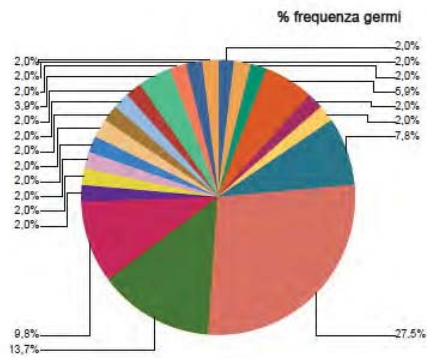
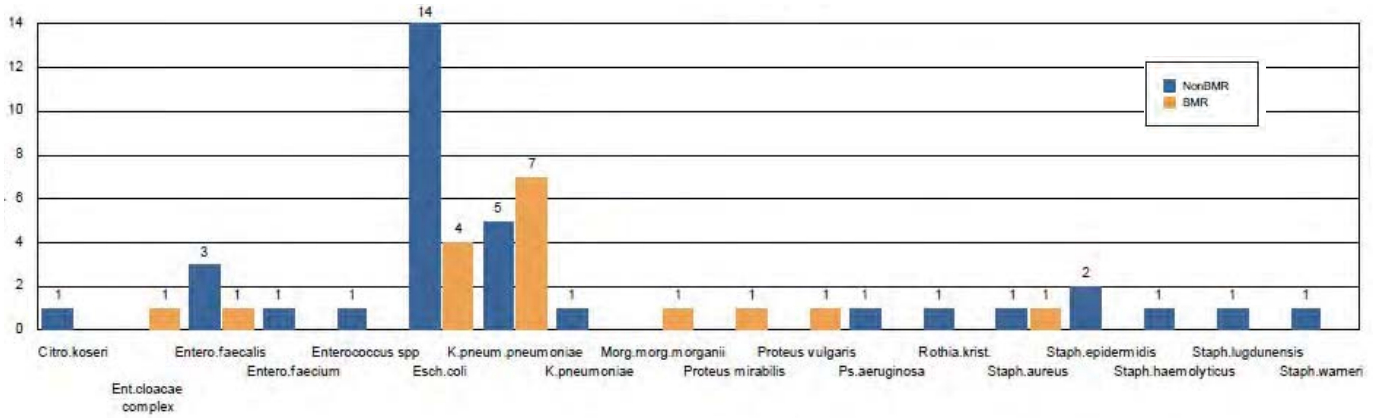
Qualità e Risk Management

(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 2024



Citro.koseri - NonBMR	2,0%
Ent.cloacae complex - BMR	2,0%
Entero.faecalis - BMR	2,0%
Entero.faecium - NonBMR	5,9%
Entero.faecium - BMR	2,0%
Enterococcus spp - NonBMR	2,0%
Esch.coli - BMR	7,8%
Esch.coli - NonBMR	27,5%
K.pneum.pneumoniae - BMR	13,7%
K.pneum.pneumoniae - NonBMR	9,8%
K.pneumoniae - NonBMR	2,0%
Morg.morg.morganii - BMR	2,0%
Proteus mirabilis - BMR	2,0%
Proteus vulgaris - BMR	2,0%
Ps.aeruginosa - NonBMR	2,0%
Rothia.krist - NonBMR	2,0%
Staph.aureus - BMR	2,0%
Staph.aureus - NonBMR	2,0%
Staph.epidemicus - NonBMR	3,9%
Staph.haemolyticus - NonBMR	2,0%
Staph.lugdunensis - NonBMR	2,0%
Staph.warneri - NonBMR	2,0%
Totale:	100,0%

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

Mappa di farmacoresistenza 2° semestre riabilitazione

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

		Totale	Ampicillina	Amoxicillina/Acido clavulanico	Ampicillina/Subitactam	Piperacillina/tazobactam	Oxacillina	Ceftazidime	Ceftazidime/Avibactam	Ceftazidime/Tazobactam	Cefepime	Ertapenem	Imipenem	Meropenem	Amikacina	Gentamicina	Ciprofloxacina	Levofloxacina	Ertromicina	Clindamicina	Quinolone/Fluorochinolone	Linezolid	Daptomicina	Telaprevina	Vancomicina	Tetraciclina	Tigeciclina	Nitrofurantoina	Acido fusidico	Mupirocina	Colistina	Rifampicina	Trimetoprim/Sulfametossazolo		
Citro.koseri	Totale AST	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
	Totale R (%)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Erit.cloacae complex	Totale AST	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
	Totale R (%)	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Entero.faecalis	Totale AST	44	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
	Totale R (%)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Entero.faecium	Totale AST	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Totale R (%)	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enterococcus spp	Totale AST	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Totale R (%)	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Esch.coli	Totale AST	238	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Totale R (%)	45	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
K.pneum.pneumoniae	Totale AST	152	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	Totale R (%)	54	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
K.pneumoniae	Totale AST	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Totale R (%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morg.morg.genii	Totale AST	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Totale R (%)	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Proteus mirabilis	Totale AST	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Totale R (%)	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Proteus vulgaris	Totale AST	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Totale R (%)	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ps.aeruginosa	Totale AST	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Totale R (%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Staph.aureus	Totale AST	34	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
	Totale R (%)	13	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Staph.epidermidis	Totale AST	26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Totale R (%)	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Staph.haemolyticus	Totale AST	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Totale R (%)	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Staph.lugdunensis	Totale AST	15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Totale R (%)	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Staph.warneri	Totale AST	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Totale R (%)	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI RIABILITAZIONE 2° SEMESTRE 2024

PRINCIPIO ATTIVO	UNITA' POSOLOGICA	DDD/100 GG DEG	COSTO TOT
AMIKACINA IM/EV 10F.LE 500MG	20 FLE	0,1	23,89 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	1488 CPR	4,9	266,90 €
AMOXICILLINA RATIO.*12CPR 1G	144 CPR	0,5	18,20 €
AZITROMICINA 3CPR RIV 500MG	30 CPR	0,3	31,30 €
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	96 CPR	0,5	31,20 €
CEFTRIAZONE IM 1G+F 3,5ML	228 FLE	0,6	175,00 €
CEFTRIAZONE INF POLV 2G	26 FLE	0,1	36,90 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	930 CPR	2,6	119,30 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	70 CPR	0,4	23,15 €
DOXICICLINA 10 CPR 100 MG	50 CPR	0,3	11,70 €
FLUCONAZOLO 10CPS 100MG	130 CPS	0,4	10,60 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	162 BS	0,9	248,50 €
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	12 FLE	0,1	17,20 €
LEVOFLOXACINA 500 MG/100 ML flacone	62 FLC	0,3	75,70 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	400	2,2	99,60 €
MEROPENEM 1G EV POLV	32 FLE	0,1	90,20 €
MEROPENEM 500 MG EV	73 FLE	0,1	128,20 €
MINOCICLINA 8 CPS 100 MG	8 CPS	0,1	4,40 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	63 FL	0,1	142,80 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	61 FL	0,1	165,70 €
TEICOPLANINA 200 MG FL	18 FL	0,1	76,80 €
VANCOMICINA INF FL 500MG	136 FLE	0,8	227,30 €
CEFIXIMA 5 CPR 400 MG	5 CPR	0,001	6,00 €
			2.030,54 €

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

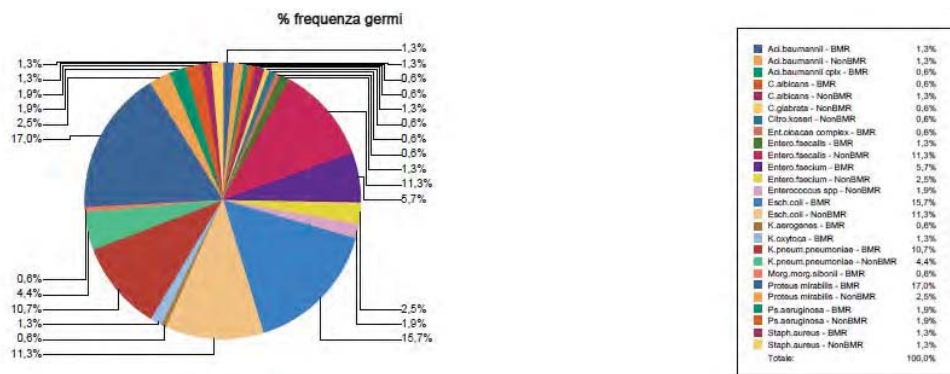
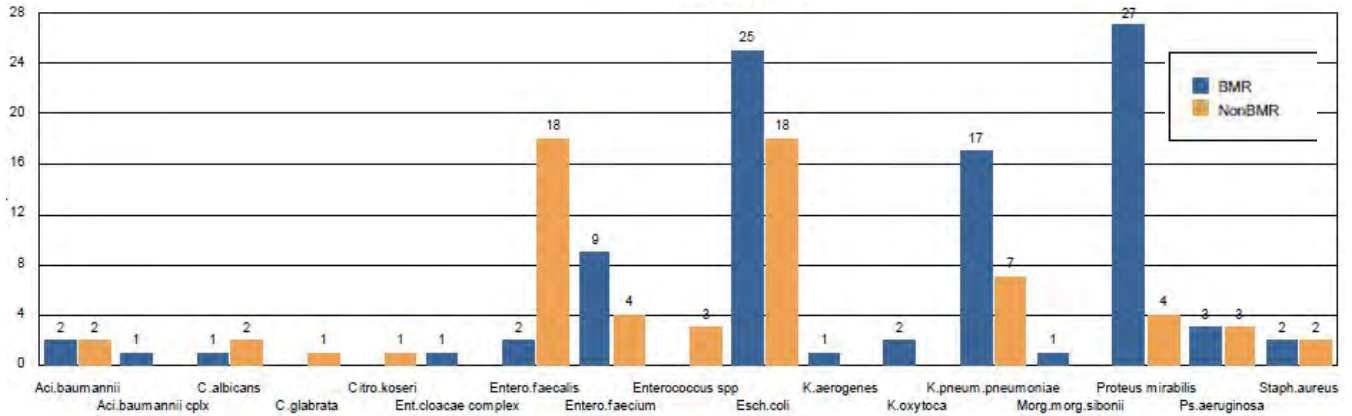
Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UOO 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 colturali

1 luglio – 31 dicembre 2024



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

Mappa di farmacoresistenza 2° semestre lungodegenza

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

		Totale AST	Totale R	R (%)	Totale AST	Totale R	R (%)	Totale AST	Totale R	R (%)	Totale AST	Totale R	R (%)	Totale AST	Totale R	R (%)	Totale AST	Totale R	R (%)	Totale AST	Totale R	R (%)	Totale AST	Totale R	R (%)	Totale AST	Totale R	R (%)	Totale AST	Totale R	R (%)	Totale AST	Totale R	R (%)	Totale AST	Totale R	R (%)		
Aci.baumannii		28																																					
	Totale R		4	14%																																			
Aci.baumannii opik		86%																																					
	Totale R		1	100%																																			
Calibicans		14																																					
	Totale R		1	100%																																			
Citro.koseri		12																																					
	Totale R		0	0%																																			
Ent.cloacae complex		12																																					
	Totale R		1	100%																																			
Entero.faecalis		20																																					
	Totale R		20	100%																																			
Entero.faecium		13																																					
	Totale R		11	85%																																			
Enterococcus spp		6%																																					
	Totale R		3	50%																																			
Esch.coli		56																																					
	Totale R		21	37%																																			
Kaerogenes		3%																																					
	Totale R		1	100%																																			
Koxyfoca		24																																					
	Totale R		2	8%																																			
K.pneum.pneumo		23																																					
	Totale R		2	9%																																			
Morg.morg.sbornii		6%																																					
	Totale R		1	17%																																			
Proteus mirabilis		7%																																					
	Totale R		1	14%																																			
Ps.aeruginosa		6%																																					
	Totale R		6	100%																																			
Staph.aureus		15																																					
	Totale R		4	27%																																			
		75																																					
	Totale R		16	21%																																			
		16																																					
	Totale R		2	13%																																			
		2%																																					
	Totale R		1	50%																																			

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

DATI DI CONSUMO ANTIBIOTICI LUNGODEGENZA 2° SEMESTRE 2024

PRINCIPIO ATTIVO	UNITA' POSOLOGICA	DDD/100 GG DEG	COSTO TOT
AMIKACINA IM/EV 10F.LE 500MG	140 FLE	0,4	163,70 €
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	744 CPR	2,6	133,30 €
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	912 CPR	5,4	168,80 €
CEFIXIMA 5 CPR 400 MG	150 CPR	0,9	211,30 €
DOXICICLINA 10 CPR 100 MG	320 CPR	1,9	85,90 €
CLARITROMICINA 12 CPR 250MG	12 CPR	0,01	1,90 €
CEFTAZIDIMA 1FL 1G+FL 3ML	150 FLE	0,2	213,50 €
CEFTRIAZONE INF POLV 2G	70 FLE	0,4	96,30 €
CEFEPIME*INIET 1FL 1G+1F 3ML SOLV	247 FLE	0,4	1.044,00 €
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	468 CPR	1,4	60,00 €
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	98 CPR	0,6	28,00 €
FLUCONAZOLO 10CPS 100MG	290 CPS	0,9	23,60 €
FLUCONAZOLO KABI* 100ML	20 FLC	0,1	48,40 €
FLUCONAZOLO KABI* 200ML	8 FLC	0,1	15,40 €
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	62 BS	0,4	95,90 €
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	20 FLE	0,01	29,20 €
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	180 CPR	1,1	44,90 €
LINEZOLID 2MG/ML 300ML	310 FLC	0,9	1.787,00 €
MEROPENEM 500 MG EV 10 flc	35 FLE	0,01	64,00 €
MEROPENEM 1G EV POLV	824 FLE	1,6	2.340,50 €
METRONIDAZOLO FLAC 500MG 100ML	241 FLC	0,5	241,20 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	241 FLC	0,2	472,90 €
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	1798 FLE	3	4.741,00 €
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	71 FLC	0,2	303,00 €
TIGECICLINA 50MG 10 FLC/5ML	20 FLC	0,1	550,00 €
VANCOMICINA INF FL 500MG	757 FLE	1,1	1.220,00 €
AZITROMICINA 3CPR RIV 500MG	9 CPR	0,1	9,40 €
COLISTIMETATO 1000.000 UI FLE	10 FLE	0,001	50,00 €
DAPTOMICINA 1 FL POLV 350 MG	12 FLE	0,1	816,00 €
MINOCICLINA 8 CPS 100 MG	240 CPS	0,7	111,60 €
OXACICLINA 1G IM	17 FLE	0,1	81,00 €
			15.251,70 €

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS 2024

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 Operativo:** comunica i dati relativi alla sinistrosità e alla posizione assicurativa della Struttura;
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 Operativo	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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITA' 2025 (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 descritte 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.

In ottemperanza alla Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 "Adozione del documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS)", alla nota REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.U.0091714.22-01-2024 "Piano Annuale di gestione Rischio Sanitario 2024 (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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", gli obiettivi strategici definiti a livello regionale su cui progettare il PARS 2025, 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 anno, evidenziata la necessità di normare le attività degli operatori sanitari di supporto al 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, di nominare gli operatori che, a seguito del 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' 2025

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 <i>"Il Consenso Informato: La Legge n. 219/2017, art.1 comma 1"</i> , entro il 30/12/2024, 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 Corsi Formazione
Progettazione del corso	R	R
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

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 una edizione del corso ECM " La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione ", entro il 31/12/2025, destinatari: Medici, Coordinatori, Infermieri.	
STANDARD	SI	
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione	
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk manager	Direzione Corsi 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	Esecuzione di almeno una edizione del corso NO ECM " La prevenzione delle lesioni da pressione ", entro il 31/12/2025, destinatari: OSS		
STANDARD	SI		
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk manager	Direzione Corsi Formazione	Docente
Progettazione del corso	C	C	R
Verifica della progettazione del corso	C	R	C
Esecuzione del corso	C	C	R

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

degli eventi avversi

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

INDICATORE	Esecuzione del corso ECM entro il 31/12/2025 del corso ECM “Ricognizione e riconciliazione della terapia farmacologica” in presenza.
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) – 2025

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 "Gestire e prevenire gli atti di aggressione nelle strutture sanitarie"			
INDICATORE	Prosecuzione della formazione completata nel 2024, con erogazione di nuova edizione entro il 31/12/2025.		
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 2025 con elaborazione di report e conseguente specifico piano di miglioramento		
STANDARD	SI (2/2)		
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk manager	RSPP	RLS aziendali
Pianificazione SWA	C	C	R
Redazione verbale SWA	C	R	C
Trasmissione e archiviazione verbale SWA	R	C	C

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2025

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 31/12/2025 che assicurino la partecipazione di almeno il 50% del personale		
STANDARD - 50% del personale		
FONTE - CC-ICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CC-ICA	UO Formazione
1.Progettazione dei corsi	C	R
2.Esecuzione dei corsi	C	R

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

OBIETTIVO B****

In allegato al presente documento il piano di azione locale sull'igiene delle mani redatto in ottemperanza alla circolare della Regione Lazio Reg. Ufficiale U.0091714.22-01-2024 avente come oggetto Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2025 (PARS)

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

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' 1 – Redazione Piano d'azione locale con declinazione delle attività previste per il 2024						
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 1

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 – Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE.					
INDICATORE – Aggiornamento costante dei sistemi di monitoraggio					
STANDARD - SI					
FONTE – Laboratorio Analisi e Patologia Clinica					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azione	Laboratorio analisi	CC-ICA	DS	RM	Reparti e Servizi
1 .Monitoraggio e controllo	R	C	C	R	C

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

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' 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

STANDARD – almeno un report

FONTE – CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	RM	DAI	DFC	DS	Lab. analisi	Primari UUOO	Coord. Inf.
1.esecuzione dei tamponi rettali di sorveglianza sui soggetti "esposti" a PZ colonizzati/infetti	C	C	I	I	I	C	C	R
2. elaborazione e produzione di report	C	C	I	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. - 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 culturali di microrganismi alert/1000 giornate di degenza)

STANDARD - 50% (1)

FONTE – Laboratorio Analisi

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Laboratorio analisi	CCICA	RM	Resp.li reparto	Coord. Inferm.
1.Elaborazione dei Report	R	C	C	I	I
2. Diffusione dei report	R	C	C	I	I

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

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.a – 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.

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	C	R	C	I	C	C
2. Diffusione Report	C	R	C	I	C	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' 4.b – Elaborazione di report su: diffusione a livello delle UU.OO. ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni di CRE per l'adozione di interventi misure di miglioramento.

INDICATORE – Produzione di report con periodicità semestrale

STANDARD - SI

FONTE – Laboratorio Analisi

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Laboratorio analisi	Farmacia	CC-ICA	Reparti e Servizi	DS	RM
1.Elaborazione del Report integrato	R	I	C	I	C	C
2. Diffusione Report	R	I	C	I	C	C

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

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' 5. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:				
5.a monitoraggio, prevenzione e controllo della ferita chirurgica				
In ottemperanza alla circolare della Regione Lazio Reg. Ufficiale U.0091714.22-01-2024 avente come oggetto Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)				
INDICATORE - Produzione del programma				
STANDARD - SI'				
FONTE – CC-ICA				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	CCICA	DS	RM	Coord
5.a.1: Corretta modalità di esecuzione della medicazione	C	C	R	C
5.a.2: Corretta esecuzione dei tamponi da ferita	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' 5. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:					
5.b gestione della sepsi					
In ottemperanza alla circolare della Regione Lazio Reg. Ufficiale U.0091714.22-01-2024 avente come oggetto Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)					
INDICATORE - Produzione del programma					
STANDARD - SI'					
FONTE – CC-ICA					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azione	CCICA	DS	RM	FORM	Lab Analisi
5.b.1: Corso di formazione per medici: intercettazione della sepsi	C	C	C	R	C
5.b.2: Corso di formazione infermieri: corretta modalità di esecuzione dell'emocoltura	C	C	C	R	C
5.b.3: Implementazione del sistema di processazione delle emocolture secondo le Linee Guida AMCLI	C	C	C	I	R

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

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	CCICA	DS	RM	Inf Ep
1.Progettazione indagine	R	C	C	C
2.Esecuzione indagine	C	C	C	R
3.Elaborazione e analisi dei risultati	R	C	C	C
4.Restituzione dei risultati	R	C	C	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' 7. Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici e di sensibilizzazione per il contrasto della resistenza agli antimicrobici

INDICATORE – Implementazione del programma

STANDARD - SI'

FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	DS	RM	Farmacia
1. Implementazione del sistema di monitoraggio sull'utilizzo dei carbapenemi	C	R	C	C
2. analisi ragionata dell'utilizzo dei carbapenemi attraverso il confronto della documentazione clinica	R	C	C	C

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

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' 7. Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici e di sensibilizzazione per il contrasto della resistenza agli antimicrobici

INDICATORE – Implementazione del programma

STANDARD - SI'

FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	DS	RM	MED
1. Implementazione del sistema di monitoraggio sull'utilizzo dei carbapenemi	R	C	C	I
2. analisi ragionata dell'utilizzo dei carbapenemi attraverso il confronto della documentazione clinica	R	C	C	C

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 2025 (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";
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;

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

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”*;
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)>>”*.
22. Nota REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.U.0091714.22-01-2024 *“Piano Annuale di gestione Rischio Sanitario 2024 (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”*;

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

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.

ALLEGATO A:

**Piano Di Intervento Regionale Sull'igiene Delle Mani
Piano d'Azione Locale Nomentana Hospital**

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 2024; il nuovo piano d'azione locale del Nomentana Hospital, prevede di mantenere e dove possibile innalzare i livelli raggiunti per le categorie previste, implementando gradualmente gli item entro il 31 dicembre 2025.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

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

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	42,5	TABELLA C2 BASE
SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE		
TOTALE SEZIONE D	60	TABELLA D2 INTERMEDIO
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
TOTALE SEZIONE E	55	TABELLA E2 INTERMEDIO

Questionario di autovalutazione al 31 dicembre 2023

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
TOTALE SEZIONE A	80	TABELLA A2 AVANZATO
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE		
TOTALE SEZIONE B	85	TABELLA B2 AVANZATO
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
TOTALE SEZIONE C	72,5	TABELLA C2 INTERMEDIO
SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE		
TOTALE SEZIONE D	60	TABELLA D2 INTERMEDIO
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
TOTALE SEZIONE E	55	TABELLA E2 INTERMEDIO

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

Resoconto delle attività al 31/12/2024

PIANO DI AZIONE LOCALE NOMETANA HOSPITAL				
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
A.1 - Nella struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e etrapia intensiva	10	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e etrapia intensiva	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	SI'	10	SI'	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	SI'	15	SI'	15
A.5 - E' previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	SI'	15	SI'	15
TOTALE SEZIONE A AVANZATO		80 AVANZATO		80 AVANZATO
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
B.1 Formazione degli operatori sanitari				
B.1.1 - Nella struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	UNA TANTUM	5	UNA TANTUM	5
B.1.2 - Esiste un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	SI'	20	SI'	20
B.2 Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali				
B.2.1 - Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	SI'	5	SI'	5
B.2.2 - Piano d'azione locale per l'implementazione del piano di intervento regionale	SI'	5	SI'	5
B.2.3 - Brochure seull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	0	NO	0
B.2.4 - Poster informativi	SI'	5	SI'	5
B.3 Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani	SI'	15	SI'	15
B.4 - E' presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	SI'	15	SI'	15
B.5 - Esiste un badget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	SI'	15	SI'	15
TOTALE SEZIONE B AVANZATO		85 AVANZATO		85 AVANZATO
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc)	SI'	10	SI'	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente				
C.2.1 - Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0	NO	0
C.2.2 - Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0	NO	0
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	SI'	5
C.3.2 - Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni tre mesi)	SI'	5	SI'	5
C.3.3 - Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0	SI'(NO)	0
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani				
NB: Rispondere solo gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale				
C.4.1 - Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel piano di intervento regionale?	Ogni 3 mesi o meno	15	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 - Qual è nella struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≥81%	30	75%	25
C.5 Feedback				
C.5.1 - Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0	NO	0
C.5.2 - Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	SI' (NO)	0	SI'	7,5
C.5.3 - Feedback sistematico: 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	SI'	7,5
TOTALE SEZIONE C INTERMEDIO		72,5 INTERMEDIO		75 INTERMEDIO

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

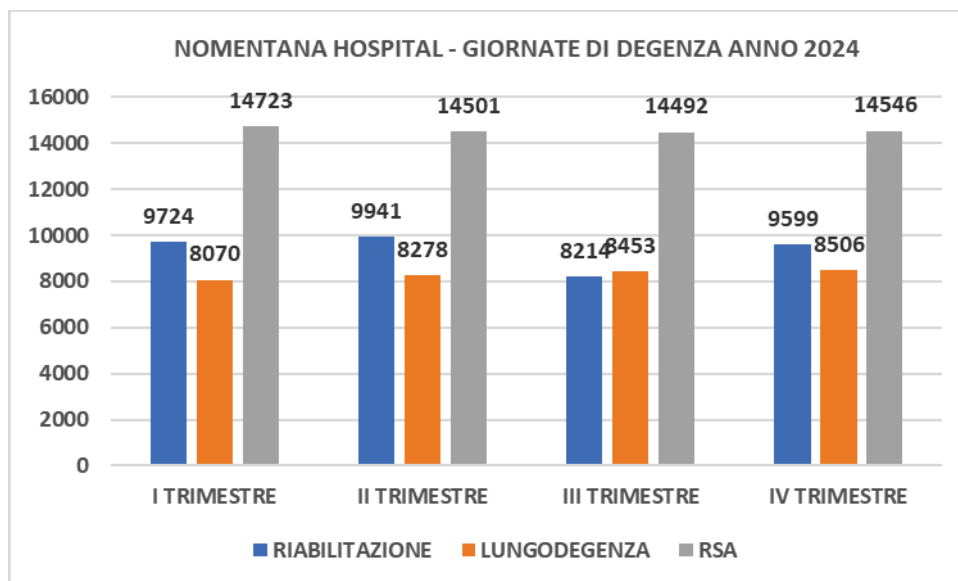
(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?				
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	25	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	15	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	10	Esposti in tutti i Reparti/Dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Almeno una volta l'anno	10	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati	NO	0	NO	0
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0	SI'(NO)	0
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0	NO	0
TOTALE SEZIONE D 60 INTERMEDIO		60 INTERMEDIO		65 INTERMEDIO
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica dell'igiene delle mani				
E.1.1 - Esiste un team definito?	SI'	5	SI'	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	SI'	5	SI'	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione di igiene delle mani?	NO	0	NO	0
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?				
E.2.1 - Direzione Generale?	SI'	10	SI'	10
E.2.2 - Direzione Sanitaria?	SI'	5	SI'	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	SI'	5	SI'	5
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio ?	NO	0	NO	0
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?				
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	SI'	5	SI'	5
E.4.2 - Riconoscere ed utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	SI'	5	SI'	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:				
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0	SI'(NO)	0
E.5.2 - E' stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0	NO	0
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:				
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	SI'	5	SI'	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	SI'	5	SI'	5
E.6.3 - E' presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0	NO	0
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0	NO	0
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0	NO	0
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	SI'	5	SI'	5
TOTALE SEZIONE E INTERMEDIO		55 INTERMEDIO		55 INTERMEDIO

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

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 DI GEL IDROALCOLICO ANNO 2024 SUDDIVISO PER AREE ASSISTENZIALI E PER TRIMESTRI (LT/1000 GG DEGENZA ORDINARIA)

	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
RIABILITAZIONE	3,4	5,2	3,6	3,2
LUNGODEGENZA	5,7	6	4,9	3,9
RSA	6,7	3,9	4,4	3,2

ATTIVITA' 2 – C.3. Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani – monitoraggio trimestrale di consumo sapone C.3.2

CONSUMO SAPONE MANI ANNO 2024 SUDDIVISO PER ASSISTENZIALI PER TRIMESTRI (LT/1000 DI DEGENZA ORDINARIA)

	I TRIMESTRE	II TRIMESTRE	III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE
RIABILITAZIONE	1,38	0,1	0	3,9
LUNGODEGENZA	0,8	0,3	1,47	2,41
RSA	0,4	0,2	0,34	1,78

ATTIVITA' 3 C.4.1 - Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel piano di intervento regionale?

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?

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

Nel Nomentana Hospital è ormai consolidato il sistema di rilevazione così come declinato dal **punto C.4.1** da parte di rilevatori, adeguatamente formati, che producono una serie di report con periodicità mensile, convogliando i risultati direttamente all'interno di un database per l'elaborazione dei dati; l'infermiere epidemiologo così come declinato dal **punto C.5.3**, produce semestralmente un report che viene restituito alla Direzione Sanitaria.

Pianificazione delle attività al 31/12/2025

Oltre al mantenimento degli standard già ottenuti così come riportato in precedenza, si riportano di seguito gli obiettivi il cui raggiungimento è fissato entro il 31 dicembre 2025 e se ne declinano in dettaglio le attività.

PIANO DI AZIONE LOCALE NOMETANA HOSPITAL				
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI				
TOTALE SEZIONE A AVANZATO		80 AVANZATO		80 AVANZATO
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE				
TOTALE SEZIONE B AVANZATO		85 AVANZATO		85 AVANZATO
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024	RISPOSTE 31/12/2025	PUNTEGGIO 31/12/2025
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani				
C.3.3 - Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0	SI'	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani				
NB: Rispondere solo gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale				
C.4.2 - Qual è nella struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	75%	25	≥80%	30
TOTALE SEZIONE C INTERMEDIO		75 INTERMEDIO		85 AVANZATO
SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024	RISPOSTE 31/12/2025	PUNTEGGIO 31/12/2025
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	SI'(NO)	0	SI'	10
TOTALE SEZIONE D INTERMEDIO		65 INTERMEDIO		75 INTERMEDIO
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024	RISPOSTE 31/12/2024	PUNTEGGIO 31/12/2024
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:				
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	SI' (NO)	0	SI'	5
TOTALE SEZIONE E INTERMEDIO		60 INTERMEDIO		65 INTERMEDIO

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

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 31/12/2024.

ATTIVITA' 1 – C.3.3 - Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?

INDICATORE – SI'

STANDARD – 20 lt/1000 GG degenza

FONTE – CRRC Regione Lazio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	DSai	DSsf	Uff. Acq
1. Modifica sistema di erogazione dispenser a muro	I	C	C	C	C	R
2. Incremento dei punti di erogazione	I	C	C	I	C	R
3. Prosecuzione delle attività di formazione	C	I	C	R	I	I
4. Prosecuzione delle attività di rilevazione della compliance all'igiene delle mani	R	C	C	C	I	I

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

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 31/12/2024.

ATTIVITA' 2 – C.4.2 - Qual è nella struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?

INDICATORE – % adesione nella struttura

STANDARD – ≥ 80%

FONTE – CRRC Regione Lazio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	DSai	IE
1. incremento della frequenza delle ispezioni sistematiche	C	I	I	C	C

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2025

Qualità e Risk Management

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

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 31/12/2024.

ATTIVITA' 3 – D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?

INDICATORE – SI'

FONTE – CRRC Regione Lazio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	DSai
1. Verifica trimestrale della quantità di opuscoli informativi a disposizione degli Utenti.	C	I	R	I

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

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 31/12/2024.

ATTIVITA' 4 – E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?

INDICATORE – SI'

FONTE – Regione Lazio

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	DS	RM	DSai	DSup
1. Consegna opuscolo informativo durante primo contatto di accoglienza	C	I	I	I	R

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

ALLEGATO B



PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

ANNO 2025

NOMENTANA HOSPITAL – NOMENTANA HOSPITAL SRL
L.go Nicola Berloco 1 – Fonte Nuova (RM)

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
Redatto e proposto da:	Gruppo lavoro multidisciplinare	Attività prevenzione e controllo legionellosi	10/03/2025	
Verificato da:	Filippo Berloco	Direttore Sanitario	11/03/2025	
Approvato da:	Nicola Fraddosio	Legale Rappresentante (Datore Lavoro)	26/03/2025	

Livello organizzativo di applicazione:

- Aziendale
- Area
- Unità Operativa

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
26/03/2025	00	Prima emissione in aderenza alle Linee di indirizzo Regione Lazio per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della Legionellosi (DGR n. 460 del 28/06/2024)

SOMMARIO

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
2. RIFERIMENTI	3
3. ABBREVIAZIONI	3
4. PREMESSE.....	4
5. PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA PRESENZA DI LEGIONELLA	5
6. ISTRUZIONE OPERATIVA DI CAMPIONAMENTO.....	7
7. ARCHIVIAZIONE	12

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento intende indicare i criteri di valutazione e gestione del rischio Legionellosi, le modalità di campionamento nelle acque di rete per l'individuazione della Legionella spp, nelle UU.OO. di degenza/Servizio, descrivendo contestualmente le attività di prevenzione e i trattamenti per il contenimento della Legionella spp nella rete idrica e nei sistemi di climatizzazione della Casa di cura *Nomentana Hospital* (di seguito "Struttura").

2. RIFERIMENTI

Codice documento	Titolo documento
UNI EN ISO 9001:2015	Sistemi di gestione per la qualità. Requisiti
UNI EN ISO 9000:20015	Sistemi di gestione per la qualità. Fondamenti e terminologia
UNI EN ISO 9004:2018	Sistemi di gestione per la qualità. Linee guida per il miglioramento delle prestazioni
Linee Guida ISS, Anno 2015	Linee Guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi, ultimo aggiornamento Dic. 2015
Risultati del sistema di sorveglianza della Legionellosi nel 2021	Rota MC, Caporali MG, Bella A, Scaturro M, Giannitelli S, Ricci ML. I risultati del sistema di sorveglianza della legionellosi nel 2021. Boll Epidemiol Naz 2022;3(2):30-37. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_045 . Errata corrige Rota MC, Caporali MG, Bella A, Scaturro M, Giannitelli S, Ricci ML. I risultati del sistema di sorveglianza della legionellosi nel 2021. Boll Epidemiol Naz 2022;3(2):30-37. DOI: https://doi.org/10.53225/BEN_047
D.G.R. n. 460 del 28/02/2024 Regione Lazio	Linee di Indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza e controllo della Legionellosi.
D.Lgvo. n° 81/2008 e s.m.i.	Testo Unico sulla sicurezza nei luoghi di lavoro e s.m.i.
DCA 469/2017	Manuale di Accreditamento

3. ABBREVIAZIONI

Abbreviazione	Descrizione
DSup	Responsabile URP & Risk Management – RSPP
DS	Direttore Sanitario
ASmg	Responsabile Manutenzione
GIDI	Gestore Interno Distribuzione Idrica

4. PREMESSE

- *Epidemiologia*

Con il termine “Legionellosi” si identificano tutte le forme morbose causate dai bacilli del genere *Legionella spp.* Il serbatoio naturale di questi batteri è l’ambiente lacustre, corsi d’acqua dolce e zone termali. Da qui il germe passa nei siti che costituiscono il serbatoio artificiale rappresentato da torri di raffreddamento, dai sistemi di aria condizionata, dai rubinetti dell’acqua e delle docce, dagli umidificatori. Non è documentata la trasmissione interumana. Piuttosto si è dimostrato che le epidemie e le infezioni sporadiche sono dovute alla inalazione di piccole goccioline di aerosol contenenti legionelle emesse dall’acqua. Le goccioline si possono formare sia spruzzando l’acqua sia facendo gorgogliare aria in esse o per impatto su superfici solide. Più piccole sono le dimensioni delle gocce più sono pericolose. Gocce di diametro inferiore a 5 μ arrivano più facilmente alle basse vie respiratorie.

- *Patogenesi:*

L’infezione da legionelle può dar luogo a due distinti casi clinici: la Febbre di Pontiac e la Malattia dei Legionari.

La Febbre di Pontiac dopo un periodo di incubazione di 24-48 h si manifesta in forma acuta senza interessamento polmonare, caratterizzata da febbre, mal di testa, mialgia e diarrea. Possono manifestarsi lievi sintomi neurologici quali vertigini e fotofobia.

La Malattia dei Legionari dopo un periodo di incubazione da 2 a 10 giorni, si manifesta con interessamento polmonare. Il quadro radiologico mostra un addensamento nodulare o esteso ad un intero lobo, ed è caratterizzata da febbre elevata, mal di testa, tosse secca e lieve leucocitosi.

- **Legionella:** *Batterio gram – aerobio*
- **Habitat:** *ambiente acquatico*

a. Naturale (laghi, fiumi, acque termali, fanghi, ecc.)

b. Artificiale (acque condotte, impianti idraulici, umidificatori, acque di condensa di impianti di ventilazione/condizionamento, torri di raffreddamento, apparecchi sanitari, ecc.)

Può sopravvivere in un ampio range di condizioni ambientali chimico-fisiche grazie a:

- a. Simbiosi con alghe e Cyanobatteri
- b. Parassitismo di amebe ed altri protozoi

- **Veicolo di infezione:**

Aerosol prodotto da sistemi di raffreddamento, condizionatori, idromassaggi, trapani idraulici, nebulizzatori ecc.

- **Vie di trasmissione:**

Respiratoria per inalazione di aerosol contaminati (condizionatori, miscelatori, torri di raffreddamento, umidificatori, apparecchi per la respirazione assistita);

- **Fattori favorenti la colonizzazione degli impianti:**

- a. Temperatura dell’acqua tra 20 e 50°C;
- b. Sedimenti ed incrostazioni calcaree, che rappresentano nicchie ecologiche a rapida colonizzazione;

- c. Tubi a fondo cieco, che favoriscono il ristagno di acqua in alcune zone dell'impianto;
- d. Particolari materiali come plastica e PVC che rilasciano sostanza organica, possono facilitare la moltiplicazione di Legionella nel biofilm adeso alle pareti delle tubazioni;

5. PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA PRESENZA DI LEGIONELLA

I sistemi di riscaldamento, ventilazione e condizionamento dell'aria e i loro componenti, così come pure l'acqua potabile e le attrezzature sanitarie, possono favorire e amplificare la diffusione di legionella spp.

5.1 Disinfezione continua dell'acqua confluyente nelle vasche di deposito proveniente da rete pubblica

La Casa di Cura Nomentana Hospital effettua la clorazione continua dell'acqua di rete pubblica contenuta nelle vasche di deposito, tramite pompa dosatrice controllata da un idoneo dispositivo di regolazione, con monitoraggio bisettimanale a cura dei manutentori interni.

In caso di non conformità dei valori registrati viene attivato l'intervento a cura di ditta specializzata.

5.2 Disinfezione della rete idrica di acqua sanitaria con perossido di idrogeno e ioni argento

Per la disinfezione dell'acqua sanitaria (acqua calda), la Casa di Cura Nomentana Hospital adotta un sistema di trattamento automatizzato, con pompa dosatrice controllata da un idoneo dispositivo di regolazione in funzione del flusso dell'acqua da trattare, tramite la quale il disinfettante, in soluzione stabilizzata, viene immesso in rete.

Le centraline di regolazione del perossido di idrogeno e ioni argento sono collocate nei punti di uscita dell'acqua calda prodotta dalla centrale termica con boiler da n. 1-2-3-4 (Vecchia Struttura) e dalla centrale termica con boiler da n. 5-6-7 (Nuova Struttura).

I monitoraggi vengono effettuati dai manutentori interni con periodicità bisettimanale.

In caso di non conformità dei valori registrati viene attivato l'intervento a cura di ditta specializzata.

5.3 Misure preventive per la piscina utilizzata per idroterapia

La normativa vigente prevede una concentrazione di cloro attivo libero nell'acqua della vasca pari a 1 mg/L (0,7-1,5 mg/L). Sebbene tali valori del cloro rendano improbabile un eventuale contaminazione da legionella, sono previsti, in occasione dello svuotamento periodico della vasca (da effettuarsi due volte all'anno), gli interventi descritti nel paragrafo successivo.

5.4 Campionamenti ambientali

La Casa di Cura Nomentana Hospital ha predisposto un programma di campionamenti microbiologici ogni 4 mesi, da effettuare sui punti finali di erogazione dell'acqua calda e fredda più distanti o scarsamente utilizzati.

Tali campionamenti vengono effettuati da un Tecnico del Laboratorio per conto del laboratorio esterno che li processa.

Alla ricezione dei risultati, in base alla concentrazione di Legionella rilevata, si procede secondo quanto riportato nella tabella 1.

Tabella 1 (Da Linee Guida ISS, Anno 2015):

Legionella (UFC/L)	Intervento richiesto
Sino a 100	Verificare che le correnti pratiche di controllo del rischio siano correttamente applicate.
Tra 101 e 1.000	<p>In assenza di casi: sostituzione dei rubinetti risultati positivi e ricampionamento degli stessi.</p> <p>In presenza di casi: Effettuare una disinfezione straordinaria dell'impianto.</p>
Tra 1001 e 10.000	<p>In assenza di casi: -Se meno del 20% dei campioni prelevati risulta positivo l'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi, dopo sostituzione dei finali di rubinetto. Se il risultato viene confermato, si deve effettuare la disinfezione straordinaria dell'impianto. L'impianto idrico deve essere ricampionato, dopo l'applicazione delle misure correttive.</p> <p>-Se oltre il 20% dei campioni prelevati risultano positivi, deve essere attuata la disinfezione straordinaria dell'impianto. L'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi.</p> <p>In presenza di casi: A prescindere dal numero di campioni positivi, è necessario effettuare la disinfezione dell'impianto. L'impianto idrico deve essere ricampionato dopo la disinfezione, almeno dagli stessi erogatori risultati positivi.</p>
Superiore a 10.000	<p>Sia in presenza che in assenza di casi, l'impianto deve essere sottoposto a una disinfezione (sostituendo i terminali positivi) e a una revisione della valutazione del rischio.</p> <p>L'impianto idrico deve essere ricampionato, almeno dagli erogatori risultati positivi.</p>

5.5 Attività preventive effettuate dal Servizio Manutenzione

- a. Bonifica, od eventuale sostituzione, dei finali rompigitto dei rubinetti ogni tre mesi;
- b. Bonifica ordinaria dei boiler 1 volta l'anno a cura dei manutentori interni;
- c. Pulizia periodica dei filtri degli esistenti climatizzatori a parete della Casa di cura da effettuare una volta al mese nel periodo estivo, ed una volta ogni tre mesi nel periodo invernale nei luoghi non serviti da riscaldamento centralizzato, a cura della ditta incaricata;

- d. Pulizia e disinfezione o sostituzione dei filtri della vasca terapeutica a cura della ditta incaricata in occasione dello svuotamento della stessa per la pulizia ordinaria, una volta ogni sei mesi, a cura del personale della Manutenzione della Casa di cura.

5.6 Attività preventive a cura delle U.OO. degenza/servizio

Il Coordinatore di U.O. di degenza/servizio:

- a. Pianifica la sistematica pulizia dei telefoni delle docce;
- b. Pianifica il flussaggio dei rubinetti dei lavabi e delle docce, con particolare attenzione in quelli che non vengono utilizzati assiduamente, consentendo lo scorrimento dell'acqua fredda e calda, 1 volta/settimana per almeno 10 minuti, e registra l'avvenuta manutenzione sull'apposita scheda.

5.7 Metodologia di trattamento o bonifica shock dell'impianto idrico tramite iperclorazione shock.

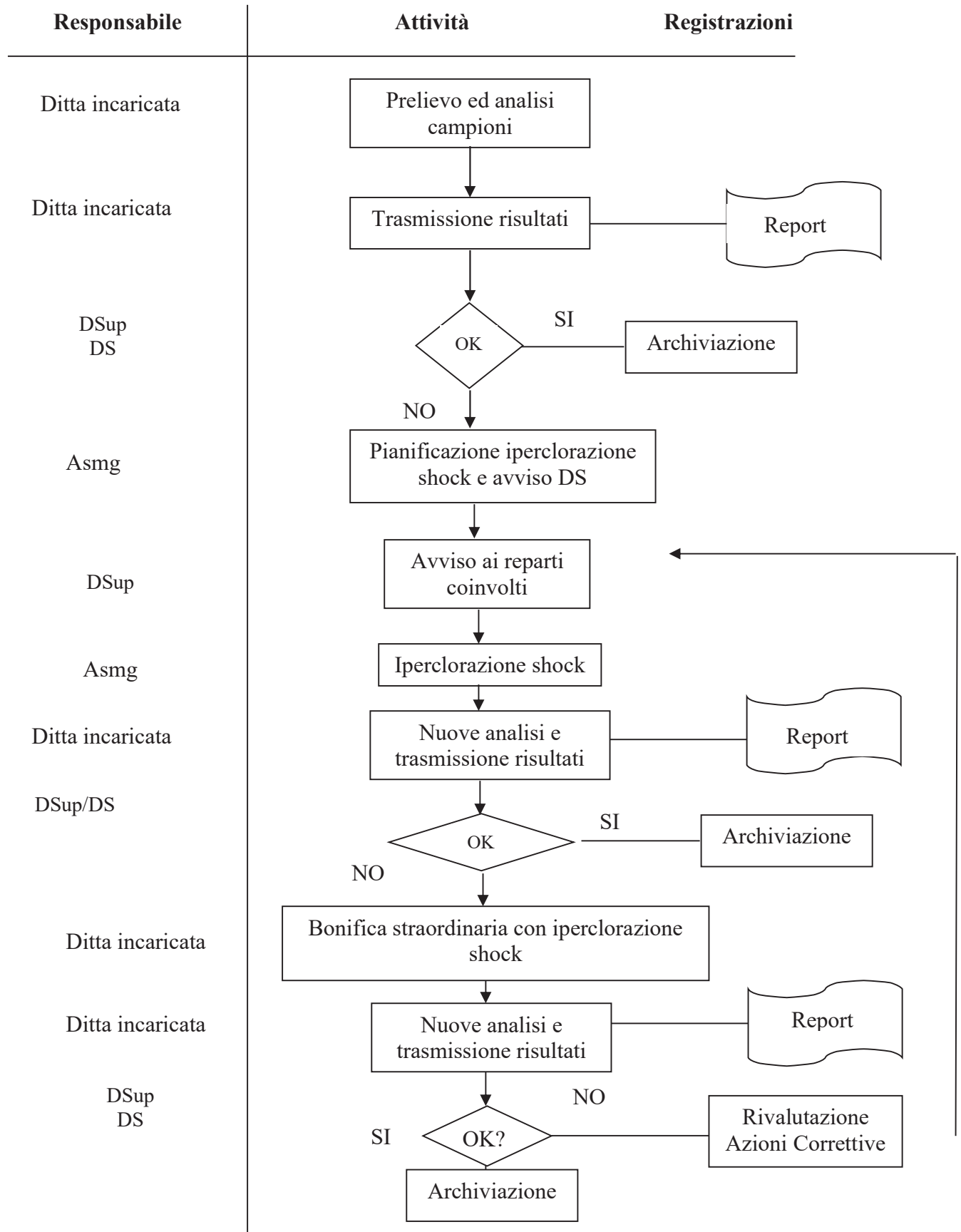
Procedura:

- Viene praticata, dopo aver disattivato il riscaldamento del boiler ed atteso il raffreddamento dell'impianto a temperature non superiori a 30°C, sull'acqua fredda di reintegro effettuando una singola immissione di disinfettante (ipoclorito di sodio o di calcio) fino ad ottenere concentrazioni di cloro residuo libero di 20-50 mg/L in tutta la rete, ivi compresi i punti distali;
- Dopo un periodo di contatto di 2 h per 20 mg/L di cloro oppure di 1 h per 50 mg/L di cloro, l'acqua presente nel sistema di distribuzione viene drenata e sostituita con una nuova immissione di acqua fredda in quantità tale da ridurre la concentrazione di cloro residuo entro l'intervallo di 0,5-1,0 mg/L presso i punti distali dell'impianto;
- Dopo la disinfezione dell'impianto, le analisi o controllo microbiologico viene effettuato ripetuto periodicamente come segue:
 - dopo circa 48 ore dalla disinfezione.
 - Se il risultato è negativo, ogni 4 mesi.
 - Nel caso in cui uno dei campionamenti evidenzi positività, essa dovrà comportare un'ulteriore azione di controllo da valutarsi sulla base delle concentrazioni di Legionella rilevate.

6. ISTRUZIONE OPERATIVA DI CAMPIONAMENTO

Valutato il rischio, al fine di rendere evidenza oggettiva della tracciabilità dell'intero processo di campionamento delle acque di rete, della rintracciabilità degli operatori coinvolti, identificati in modo univoco i finali di rubinetto "punto critico", di seguito si descrivono le fasi di campionamento di acqua calda e fredda proveniente dai rubinetti lavandino e docce.

FlowCart Attività di Sorveglianza



6.1 Identificazione e codifica dei finali di rubinetto

- La Struttura è suddivisa in "Edificio A – Vecchia Struttura" ed "Edificio B – Nuova Struttura";
- I finali di rubinetto, sede di campionamento di acqua fredda e calda, sono codificati per numero + colore + piano della Struttura, a cui corrispondono i locali dove sono posizionati i punti di campionamento. Tali punti sono riportati sulla planimetria di ogni piano:
 - a) Piano **Interrato**: colore "Viola", da n°1 a n° 13 (n° 6 finali rubinetto + n° 7 Boiler);
 - b) Piano **Terra**: colore "Verde", da n° 1 a n° 6;
 - c) Piano **1°**: colore "Giallo", da n° 1 a n° 6;
 - d) Piano **2°**: colore "Arancio", da n° 1 a n° 6;
 - e) Piano **3°**: colore "Rosso", da n° 1 a n° 6;
- Ad ogni punto critico codificato corrisponde un finale di rubinetto che può essere di un lavabo, di una doccia o di una vasca;
- Di seguito la tavola sinottica di codifica:

PIANO "Interrato"

EDIFICIO	PIANO	LOCALE	PUNTO PRELIEVO	COLORE	N°
A	INTERRATO	SPOGLIATOIO DONNE	ULTIMO BAGNO	VIOLA	1
B	INTERRATO	NECROLOGIA	BAGNO N° 15	VIOLA	4
B	INTERRATO	PALESTRA "B"	SPOGL. UOMINI	VIOLA	5
B	INTERRATO	IDROTERAPIA	SPOGL. UOMINI	VIOLA	6
A	INTERRATO	SOTTO CENTRALE "A"	BOILER N° 1	VIOLA	7

EDIFICIO	PIANO	LOCALE	PUNTO PRELIEVO	COLORE	N°
A	INTERRATO	SOTTO CENTRALE "A"	BOILER N° 2	VIOLA	8
A	INTERRATO	SOTTO CENTRALE "A"	BOILER N° 3	VIOLA	9
A	INTERRATO	SOTTO CENTRALE "A"	BOILER N° 4	VIOLA	10
		SOTTO	BOILER N° 5	VIOLA	11

B	INTERRATO	CENTRALE "B"			
B	INTERRATO	SOTTO CENTRALE "B"	BOILER N° 6	VIOLA	12
B	INTERRATO	SOTTO CENTRALE "B"	BOILER N° 7	VIOLA	13

PIANO "Terra"

EDIFICIO	PIANO	REPARTO	PUNTO PRELIEVO	COLORE	N°
A	TERRA	PALESTRA "A"	SPOGL. DONNE	VERDE	1
A	TERRA	REP. DSR10	LAVABO BAGNO ST.	VERDE	2
A	TERRA	CNR-DSD EX. ART. 26	BAGNO COMUNE UOMINI	VERDE	3
B	TERRA	POLIAMB.	BAGNO N° 78	VERDE	4
B	TERRA	DAY HOSPITAL RIABIL.	LAVABO BAGNO 50	VERDE	5
B	TERRA	POLIAMB.	ODONTOIATRIA	VERDE	6

PIANO "1°"

EDIFICIO	PIANO	REPARTO	PUNTO PRELIEVO	COLORE	N°
A	1°	REP. DSM22	BAGNO COMUNE N° 100	GIALLO	1
A	1°	REP. DSM21	BAGNO ST. MEDICI	GIALLO	2
A	1°	DSM21	BAGNO COMUNE DX. 140	GIALLO	3
		DSBB	CUCINETTA	GIALLO	4

B	1°				
B	1°	DSBB	BAGNO COMUNE N° 18	GIALLO	5
B	1°	DSBB	BAGNO COMUNE SX. 174	GIALLO	6

PIANO "2°"

EDIFICIO	PIANO	REPARTO	PUNTO PRELIEVO	COLORE	N°
A	2°	DSH	BAGNO ST. 9	ARANCIO	1
A	2°	DSBA	BAGNO ST. 10	ARANCIO	2
A	2°	DSE	LAVABO SPOGL. UOMINI	ARANCIO	3
B	2°	DSE	LAVABO SPOGL. DONNE	ARANCIO	4
B	2°	DSE	LAVABOBAGNO POSITIVI	ARANCIO	5
B	2°	DSE	LAVABO ZONA CONTROLLO	ARANCIO	6

PIANO "3°"

EDIFICIO	PIANO	REPARTO	PUNTO PRELIEVO	COLORE	N°
A	3°	DSRP	BAGNO ST. 304	ROSSO	1
A	3°	DSR11	BAGNO ST. MEDICI	ROSSO	2
A	3°	DSR12	BAGNO COMUNE 310	ROSSO	3
B	3°	DSR12	BAGNO COMUNE FRONTE	ROSSO	4

			SOGG.		
B	3°	DSR12	BAGNO ST. 5	ROSSO	5
B	3°	DSR12	BAGNO ST. 17	ROSSO	6

6.2 Modalità di prelevamento acqua dal finale di rubinetto – tracciabilità del campione

- La ditta incaricata del campionamento di acqua calda e fredda proveniente dai finali di rubinetto codificati ed identificati con cartello plastificato posizionato in prossimità del punto, deve sempre riportare sul contenitore e sul rapporto di attività la dicitura di codifica univoca del finale di rubinetto riportato sul predetto cartello (ad es. "**Acqua di rete rubinetto P.1° - n° 1 – colore Giallo**");
- I referti con i risultati delle analisi devono riportare la medesima dicitura, al fine della riferibilità di campionamento e per una corretta analisi dei dati;

7. ARCHIVIAZIONE

DSup provvede ad archiviare la documentazione che deve essere conservata in modo da essere facilmente consultabile e deve comprendere:

- Le schede informative sui campioni prelevati;
- Le schede di registrazione dei monitoraggi periodici;
- Le schede di registrazione dei flussaggi periodici dei finali di rubinetto nelle UU.OO. degenza/servizio;
- I rapporti di prova dei campionamenti biologici;
- Le comunicazioni relative agli shock termici ordinari e straordinari;
- Le comunicazioni relative alle bonifiche ordinarie e straordinarie con iperclorazione shock;
- I referti con i risultati delle analisi.