

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022
Qualità e Risk Management
(in ottemperanza alla L. n. 24 08/03/2017)

Redazione PARS e proposta di adozione	Funzione	Data
Dott. Andrea Frasca 	Resp. Risk Management	22/03/2022
Validazione PARS	Funzione	Data
Dr. Filippo Berloco 	Direttore Sanitario	23/03/2022
Adozione e ratifica PARS	Funzione	Data
Prof. Avv. Desiderata Berloco 	Presidente CdA Nomentana Hospital	28/03/2022

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' PARM E PAICA 2021	10
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS 2022	35
6. OBIETTIVI E ATTIVITA' 2022 (AD ESCLUSIONE DEGLI OBIETTIVI ED ATTIVITÀ LEGATI ALLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO DESCRITTI AL PUNTO 7.)	36
7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2022	41
11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS	56
12. RIFERIMENTI NORMATIVI	56
13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	57

PREMESSE

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

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

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

0. SCOPO E CAMPO APPLICAZIONE

Scopo del presente Piano è definire le responsabilità e le modalità operative al fine di ridurre i rischi al minimo accettabile (*Contenimento del Rischio*), creare la cultura della sicurezza basata su un approccio *no-blame* (cioè di non colpevolezza), rafforzare le azioni avviate nel corso del 2021, concentrandosi sull'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali, che rappresentano un obiettivo mandatorio regionale, in continuità con quanto previsto dalla Deliberazione n. 254 del 31 marzo 2015 recante "*Adozione percorso aziendale per l'implementazione delle Raccomandazioni ministeriali sulla sicurezza del paziente e degli operatori*", nonché in aderenza alla Legge n. 24 del 8 marzo 2017, nell'ambito dell'erogazione di prestazioni e servizi sanitari accreditati e autorizzati della Casa di Cura **Nomentana Hospital**.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

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

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

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

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

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

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

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

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 2022, al fine del miglioramento della qualità delle cure e la prevenzione degli eventi avversi. Il presente documento valorizza le iniziative intraprese negli anni precedenti, che costituiscono le basi per la continuità delle azioni programmate e per avviarne di nuove.

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

1.1 ASSETTO DISTRIBUTIVO E FUNZIONALE DEL PRESIDIO SANITARIO

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

TABELLA 1 –

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

Edificio F	Piano terra	Servizi amministrativi
------------	-------------	------------------------

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

TABELLA 2 - Dati al 31/12/2021

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 2021 (fonte: Uff. Affari Generali-Istituzionali)			
RICOVERI ORDINARI	1308	RICOVERI DIURNI (Ex art. 26 L. 833/78)	33
BRANCHE SPECIALISTICHE	32	PRESTAZIONI EMODIALISI AMBULATORIALE	15.284
		PRESTAZIONI AMBULATORIALI (escluse analisi laboratorio)	11.739

A seguito della situazione emergenziale provocata dalla pandemia da COVID-19, anche nel corso dell'anno 2021 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;

- la istituzione all'interno di ogni U.O. di degenza di una sezione denominata "Area Osservazione", per la gestione dei nuovi ingressi e/o riammissioni. All'interno della suddetta area è prevista una stanza di isolamento per la eventuale gestione dei casi sospetti/confermati;
- Il mantenimento di un'Area Rossa per i casi di infezione da Covid-19 accertati, non
- il regolare approvvigionamento dei DPI necessari ed indicati per ogni setting assistenziale;

Sono stati ridefiniti i percorsi per l'accesso e la veicolazione dei Pazienti e degli Operatori sanitari all'interno della Casa di Cura, per ogni singolo setting assistenziale.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI

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

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

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

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) – 2022

Qualità e Risk Management

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

Tabella 3 – Eventi segnalati nel 2021 (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	9 (6,6% del totale)	Comunicazione 100% nei casi sottoposti ad analisi	Comunicazione 100%	100% dal sistema di Incident Reporting (Intranet aziendale segnalazioni e anonima)
Eventi Avversi	128 cadute (93,4% del totale degli eventi) di cui 72,7% per cadute senza danno 2,3% per cadute con danno Classe 1 ; 22,7% per cadute con danno Classe 2 ; 2,3% per cadute con danno Classe 3	Comunicazione 40%; Organizzativi 60% (nei casi sottoposti ad analisi)	Comunicazione 40% Organizzative 60%	100% dal sistema di segnalazioni e evento incidente
Eventi Sentinella	0			

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 non sono stati registrati eventi sentinella.

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 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

A fronte del dato raccolto e del livello di rischio evidenziato nel corso dell'analisi di fine anno 2020, la Struttura nel corso dell'anno 2021 ha proceduto alla sostituzione di 100 letti articolati manualmente con altrettanti letti elettrici che sulla base delle evidenze scientifiche sono in grado di ridurre la gravità dell'evento. Le risultanze di efficacia, auspicabilmente con la riduzione degli esiti da caduta, saranno oggetto di analisi al termine dell'anno 2022.

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.).

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

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

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati (€)	
		Compagnia Ass.	Azienda
2017	9	-----	10.000,00
2018	8	-----	1.100,00
2019	7	465.000,00	164.473,36
2020	3		16.000,00
2021	1		-----
Totale	28	656.573,36	

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

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

Anno	Polizza	Compagnia Ass.	Premio Lordo (€)	Franchigia (€)	BROKERAGGIO
2017	RCT/RCO	GENERALI ITALIA S.P.A.	€ 329.805,50	€ 25.000,00	Ecclesia GEAS Sanità Srl
2018					
2019	AUTOASSICURAZIONE				
2020	AUTOASSICURAZIONE				
2021	AUTOASSICURAZIONE				

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PARM E PAICA 2021

PARM 2021		
OBIETTIVO A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1) Progettazione ed esecuzione di almeno un evento formativo sulla gestione del rischio clinico “La prevenzione e la gestione dell'errore in ambito medico	No	Rinviato al 2022 a causa dell'emergenza Covid-19 e delle difficoltà di organizzarlo in presenza con le restrizioni ancora vigenti. Si sta rivalutando la possibilità di erogare il corso in presenza.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

legale”		
Attività 2) Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del corso ECM "La prevenzione e gestione delle lesioni da pressione"	NO	Rinviato al 2022 a causa dell'emergenza Covid-19 e delle difficoltà di organizzarlo in presenza con le restrizioni ancora vigenti
Attività 3) Esecuzione del percorso Clinical Governance Core Curriculum (ECM) "Strumenti e strategie di Clinical Governance" , riservato a Operatori identificati "Facilitatori del rischio clinico", Medici-Infermieri-Terapisti delle UU.OO degenza/servizio, Direttore + Biologo Laboratorio Analisi	SI	Ente formatore Gimbe, n. 1 Ed., 6-7 luglio 2021, n. 25 partecipanti.
Attività 4) Esecuzione del corso Clinical Governance Core Curriculum "Dalle linee guida ai percorsi assistenziali" , riservato a Operatori identificati "Facilitatori del rischio clinico"	SI	Ente formatore Gimbe, 1 Ed., 12-13-14 ottobre 2021, per n. 25 partecipanti (infermieri, terapisti, medici, biologo)
Attività 5) Corso formazione (ECM) "Revisione e implementazione della SUT (scheda unica di terapia)" , destinatari Medici ed Infermieri	SI	Svolto nel corso dell'anno 2021. Ente formatore DEA Formazione, n. 5 Ediz. 30/09,01-05-06-11/10/2021
Attività 6) Corso formazione (ECM) "Terapia del dolore e cure palliative" , destinatari medici, infermieri, tecnici riabilitazione, OSS	SI	Ente formatore Dea Formazione, n. 3 edizioni, 06-07/05; 27-28/05; 04-05/06 2021
Attività 7) Corso formazione (ECM) "Corretta presa in carico e gestione del paziente in RSA" Destinatari medici, infermieri, tecnici riabilitazione, OSS	SI	Ente formatore Dea Formazione; n. 3 Ed. 21-22 /05, 11/06/2021
Attività 8) Corso formazione (NO ECM) "Gestione del catetere vescicale" , Destinatari Medici, Infermieri e OSS	SI	Progettato ed erogato con docenti interni, n. 6 edizioni 27-28/10, 04-05-10-12/11/2021

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

di tutte le linee assistenziali		
PAICA 2021		
OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1 – Progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	NO	Attività ostacolata dall'emergenza pandemica.
ATTIVITA' 2 – Divulgazione di materiale informativo e organizzazione momenti formativi su tematiche di prevenzione o limitazione della diffusione del SARS-Cov2 e della patologia correlata COVID19	SI	“Corretto uso dei DPI – Corretta Vestizione/Svestizione”.
PARM 2021		
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 9) Implementazione della Raccomandazione n. 9 del Ministero della Salute per la "Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali".	NO	Sono in fase avanzata gli elaborati del gruppo di lavoro. Possibile data termine lavori: 30/09/2022
Attività 10) Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 31/12/2021 del corso ECM “Somministrazione dei farmaci: competenze e responsabilità” .	NO	Rinviato al 2022 a causa dell'emergenza Covid-19 e delle restrizioni riguardanti la formazione in presenza. Si è deciso di erogare il corso in modalità FAD.
Attività 11) Corso formazione (ECM) “Contenzione del paziente: quale approccio?” , destinatari medici, infermieri, tecnici riabilitazione, OSS	SI	Ente formatore Dea Formazione, n. 3 edizioni 12-13/05 e 10/06/2021
Attività 12) Corso formazione (NO ECM)	SI	Progettato ed erogato con docenti interni, n. 4 edizioni 15-19-

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

<p>“Gestione del carrello di emergenza” ed aggiornamento della procedura interna; Destinatari Medici e infermieri</p>		<p>20/10/2021, 02/11/2021</p>
<p>PAICA 2021</p>		
<p>OBIETTIVO B: 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</p>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p>ATTIVITA' 1: Definizione/ implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocolture) delle colonizzazioni/infezioni da CRE</p>	<p>SI</p>	<p>INDICATORE Estensione del modello di sorveglianza attiva STANDARD SI Vedasi Quadri sinottici</p>
<p>ATTIVITA' 2: Definizione /implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert</p>	<p>NO</p>	<p>INDICATORE Produzione di report semestrali STANDARD 50% dei pazienti esposti Attività ostacolata dall'emergenza pandemica.</p>
<p>ATTIVITA' 3a: Elaborazione di report su patogeni circolanti e mappe di farmaco resistenza. ATTIVITA' 3b: Elaborazione di report su consumo di antibiotici circolare Regione Lazio 0063667 23 01 2020 e U. 0884520 15/10/2020</p>	<p>SI SI</p>	<p>INDICATORE Produzione di Report con periodicità semestrale Consumo semestrale di antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria distinto per reparto e principio attivo STANDARD a. SI b. SI Vedasi Tabelle allegate</p>
<p>ATTIVITA' 4: Elaborazione di report su consumo di gel idroalcolici circolare Regione Lazio 0063667 23 01 2020, e U. 0884520 15/10/2020</p>	<p>PARZIALMENTE</p>	<p>INDICATORE Consumo semestrale di gel idroalcolici espresso in litri/1000 gg di degenza ordinaria, stratificato per reparti e servizi STANDARD SI' Vedasi Tabelle allegate</p>

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

		Attività ostacolata dall'emergenza pandemica.
ATTIVITA' 5: Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (antimicrobial stewardship), attraverso l'individuazione di un referente esperto e/o la costituzione di team/gruppo multidisciplinare a supporto del CC-ICA con professionisti interni od esterni, anche avvalendosi, ove necessario, delle strutture delle malattie infettive regionali; in ottemperanza al punto d. della circolare Regione Lazio 0063667 del 23.01.2020, e U. 0884520 15/10/2020	PARZIALMENTE	INDICATORE Produzione di un programma di stewardship antibiotica. STANDARD SI' Individuato il consulente infettivologo
PARM 2021		
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 13) Corso formazione (ECM) "Group coaching", destinatari Coordinatori di U.O. degenza/servizio	SI	Aggiunto nel 2021 quale riporto del 2020. Ente erogatore DEA Formazione), n. 1 Ed. 21-22/10/2021
Attività 14) Progettazione ed esecuzione di un corso "Prevenzione, gestione e tecniche di contenimento delle aggressioni e atti di violenza a danno degli operatori sanitari", Destinatari: tutte le professioni	NO	Le attività tecnico-pratiche previste dal corso di formazione hanno richiesto il rinvio al 2022, a causa dell'emergenza Covid-19 e delle restrizioni riguardanti la formazione in presenza. Si ritiene possibile erogare il corso in presenza entro ottobre 2022.
PARM 2021		
OBIETTIVO D) – Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 15) Partecipazione del Risk Manager alle sedute del Tavolo permanente rischio clinico – CRRC Regione Lazio	SI	100% (Numero sedute del Tavolo permanente convocate/numero di presenze, al netto delle assenze giustificate)
Attività 16) Partecipazione del Risk Manager	SI	100% (Numero sedute del CC-ICA aziendale convocate/numero di presenze, al netto delle assenze

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

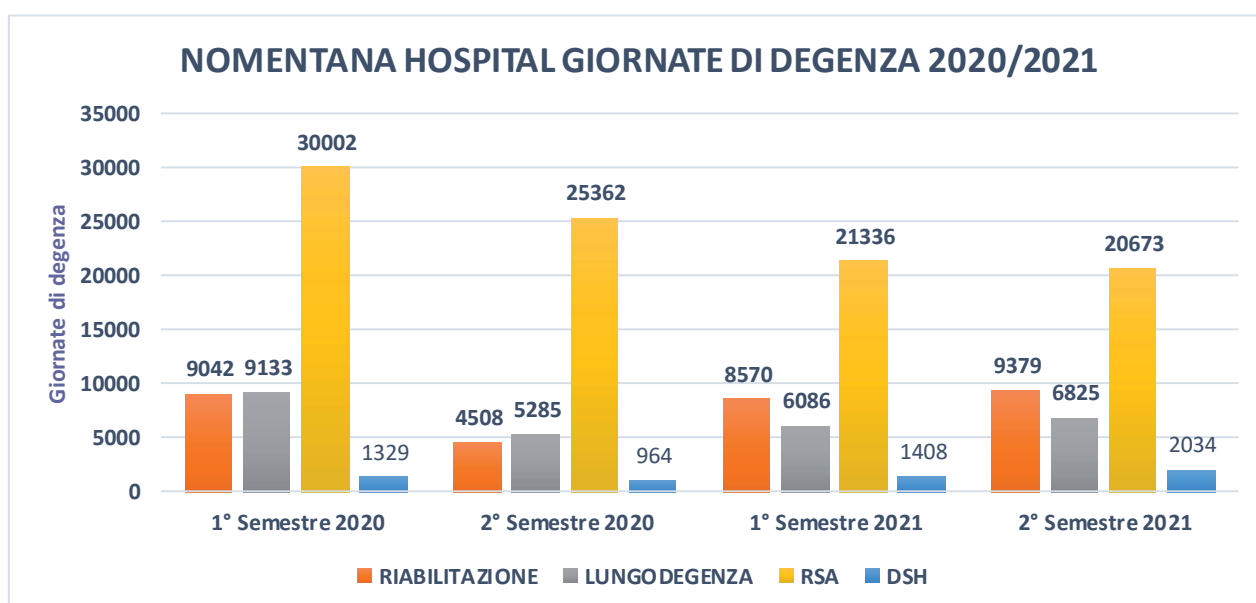
Qualità e Risk Management

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

all'attività del CC-ICA aziendale		giustificate)
-----------------------------------	--	---------------

Per quanto concerne il rischio infettivo, nel 2021 la pandemia da coronavirus ha impattato sul Nomentana Hospital con brevi ed isolati cluster nei reparti di lungodegenza e riabilitazione ed un cluster più importante ad agosto che ha coinvolto le RSA, maggiormente quella a basso mantenimento. E' stato quindi necessario riattivare a più riprese la cosiddetta Area rossa e provvedere a temporanee sospensioni dei ricoveri. Nel 2021 per la ragioni già ricordate si è protratta la condizione di contrazione del numero dei posti letto con conseguente riduzione della capacità ricettiva della struttura e del numero delle giornate di degenza sviluppatesi. La produzione dei report risente quindi della situazione contingente.

Di seguito vengono riportate le tabelle ed i grafici relativi alle attività del 2021:



ATTIVITA' 1: DEFINIZIONE/IMPLEMENTAZIONE/CONSOLIDAMENTO DEL MODELLO DI SORVEGLIANZA ATTIVA (TAMPONE RETTALE/COPROCULTURE) DELLE COLONIZZAZIONI/INFEZIONI DA CRE.

NOMENTANA HOSPITAL quadro sinottico

Dei tamponi rettali eseguiti nei reparti 1 gennaio – 30 giugno 2021

	TR
DSD	3
DSR11	328
DSR12	54
DSM21	159
RSA-A	6
RSA-B	38
HOSP RES	117
HOSP DOM	2
TOT	707

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

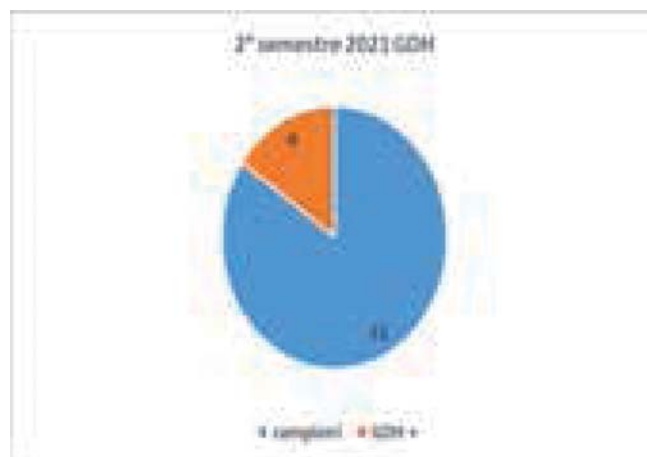
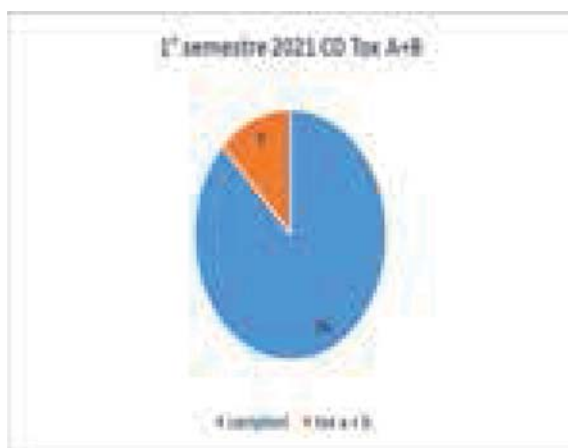
Qualità e Risk Management

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

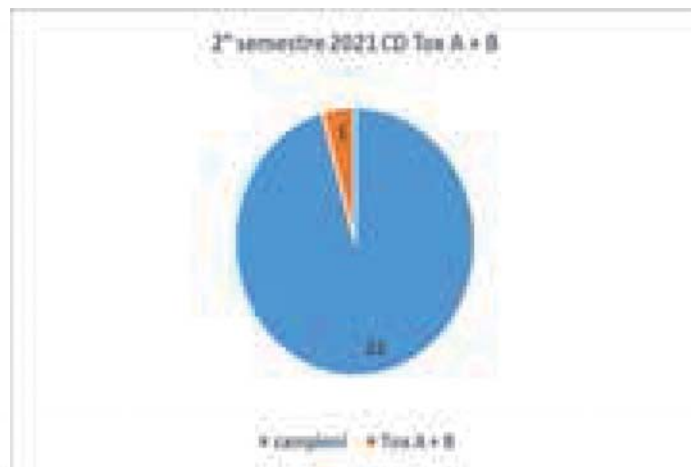
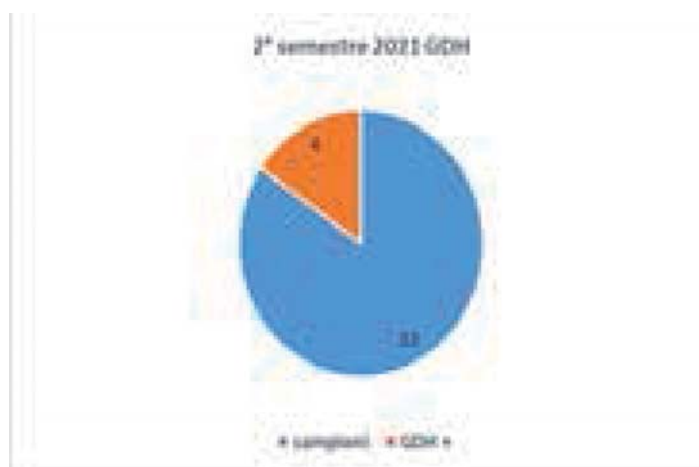
NOMENTANA HOSPITAL quadro sinottico

Dei tamponi rettali eseguiti nei reparti 1 luglio – 31 dicembre 2021

	TR
DSD	3
DSR11	173
DSR12	171
DSM21	177
RSA-A	3
RSA-B	30
HOSP RES	105
HOSP DOM	0
TOT	662



Nomentana Hospital - Andamento infezioni da C. difficile 2° semestre 2021



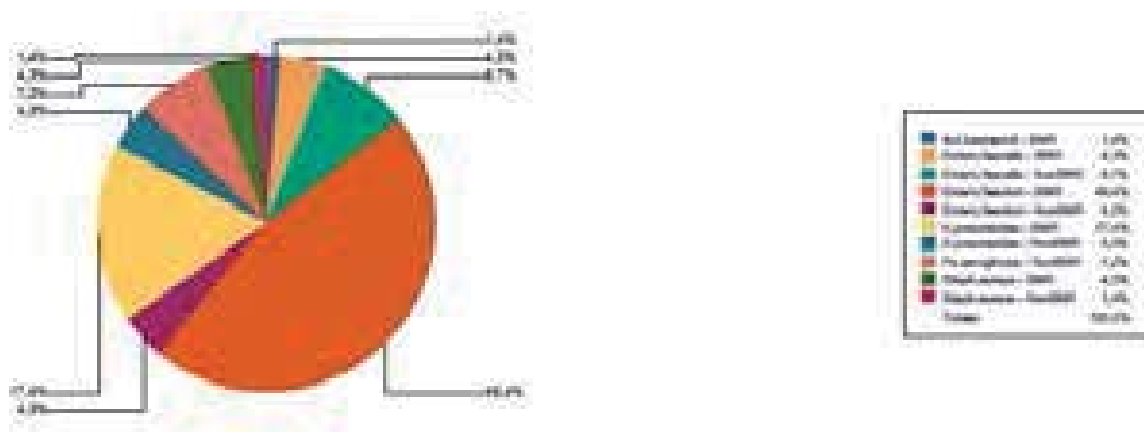
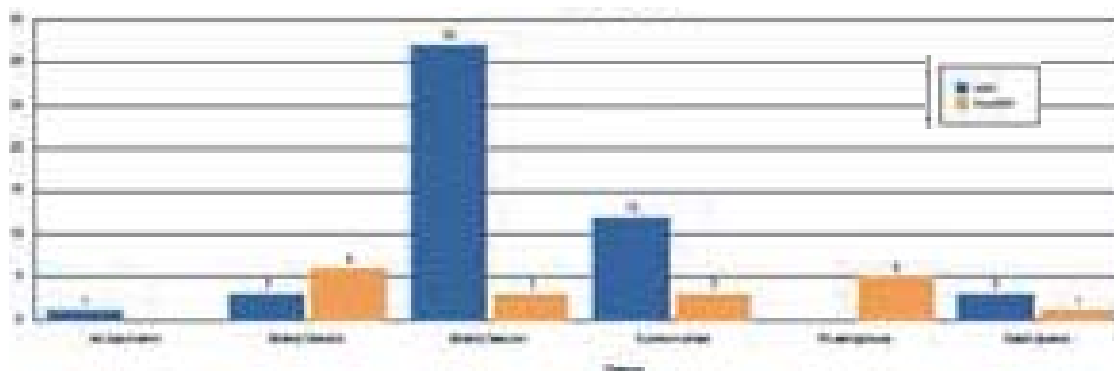
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UUOO RIABILITAZIONE

dati di positività per ricerca germi sentinella in esami colturali e tamponi di sorveglianza 01/01 – 30/06/2021



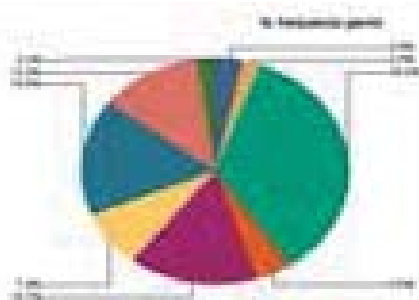
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UOOO LUNGODEGENZA

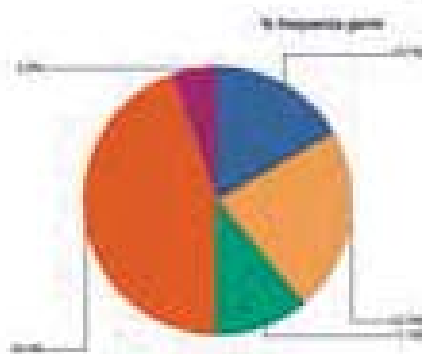
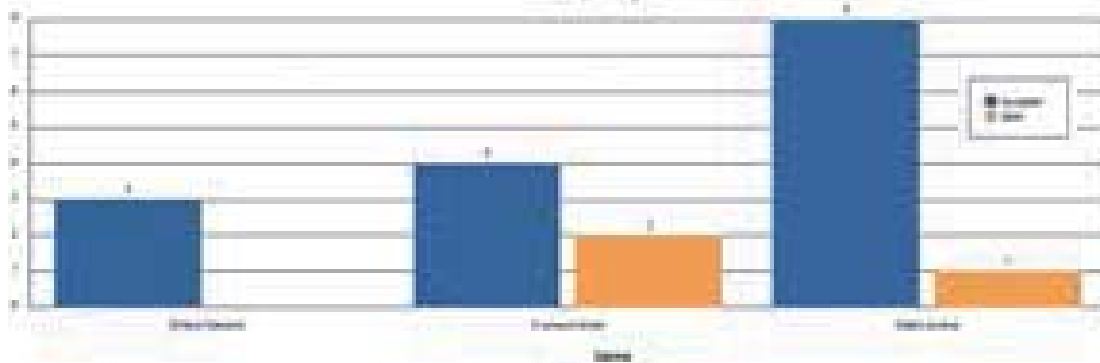
dati di positività per ricerca germi sentinella in esami culturali e tamponi di sorveglianza 01/07 – 31/12/2021



Germe	Esami culturali	Tamponi di sorveglianza
Staphylococcus aureus	10	10
Klebsiella pneumoniae	95	15
Pseudomonas aeruginosa	45	35
Streptococcus pneumoniae	0	55
Enterococcus faecalis	40	10

NOMENTANA HOSPITAL UOOO RSA

dati di positività per ricerca germi sentinella in esami culturali e tamponi di sorveglianza 01/07 – 31/12/2021



Germe	Esami culturali	Tamponi di sorveglianza
Staphylococcus aureus	40	0
Klebsiella pneumoniae	45	35
Enterococcus faecalis	95	15

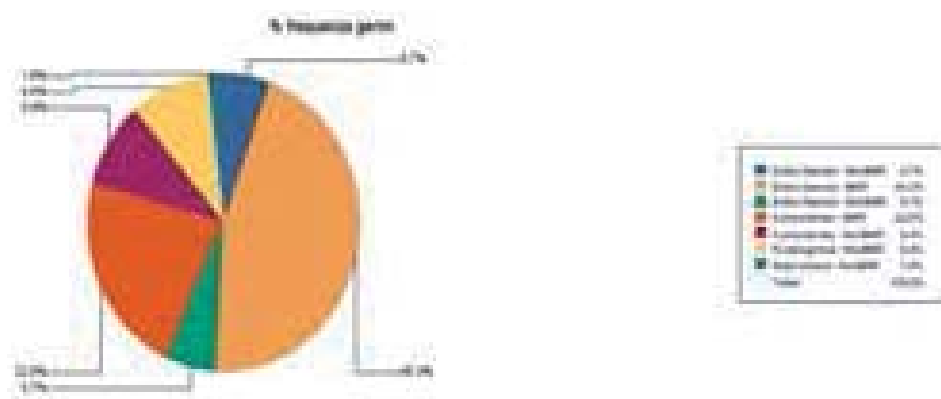
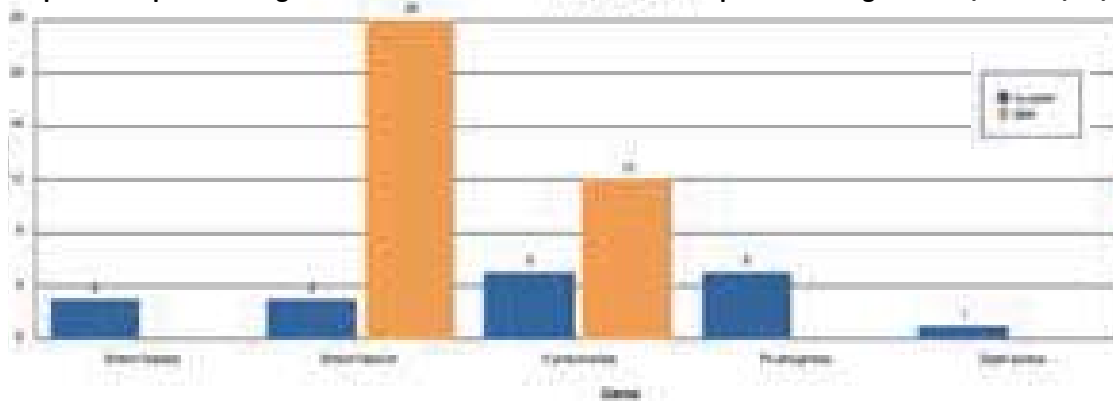
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UO HOSPICE

dati di positività per ricerca germi sentinella in esami culturali e tamponi di sorveglianza 01/07 – 31/12/2021



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

ATTIVITA' 3a: ELABORAZIONE DI REPORT SU PATOGENI CIRCOLANTI E MAPPE DI FARMACORESISTENZA NOMENTANA HOSPITAL

mappe di farmacoresistenza dei patogeni circolanti 01/01– 30/06/2021

	Totale	Amoxicillina/ Acido clavulanico	Piperacillina/ tazobactam	Imipenem	Meropenem	Amikacina	Gentamicina	Ciprofloxacina	Levofloxacina	Cilindamicina	Telcoplanina	Vancomicina	Fosfomicina	Rifampicina	Trimetoprim/ Sulfametossazolo	Fluconazolo
Aci.baumannii	Totale AST Totale S S (%)	11 0 0%			1 2 0%	2 2 0%	2 2 0%	2 2 0%	2 1 0%						1 0 0%	
C.albicans	Totale AST Totale S S (%)	5 4 80%														5 4 80%
C.parapsilosis	Totale AST Totale S S (%)	1 1 100%														1 1 100%
Citro.freundii	Totale AST Totale S S (%)	18 13 72%	2 0 0%	2 1 50%	2 1 50%	2 1 50%	2 2 100%	2 2 100%	2 2 100%				2 2 100%		2 2 100%	
Citro.koseri	Totale AST Totale S S (%)	17 17 100%	2 2 100%	2 2 100%	1 1 100%	2 2 100%	2 2 100%	2 2 100%	2 1 50%				2 2 100%		1 1 100%	
Ent.cloacae complex	Totale AST Totale S S (%)	43 32 74%	5 0 0%	5 3 60%	3 3 100%	5 5 100%	5 5 100%	5 5 100%	5 2 40%				5 1 20%		3 3 100%	
Entero.faecalis	Totale AST Totale S S (%)	120 82 68%	19 14 74%		19 16 84%				19 11 58%	21 13 62%		21 14 67%				
Entero.faecium	Totale AST Totale S S (%)	66 23 35%			12 6 50%				12 3 25%	14 4 29%		14 5 36%	14 5 36%			
Esch.coli	Totale AST Totale S S (%)	820 667 81%	93 41 44%	90 82 91%	88 88 100%	92 92 100%	91 89 98%	91 75 82%	3 48 53%	3 2 67%			93 90 97%		88 60 68%	
K.aerogenes	Totale AST Totale S S (%)	43 31 72%	5 0 0%	5 4 80%	3 2 67%	5 5 100%	5 5 100%	5 4 80%	2 1 50%				5 3 60%		3 2 67%	
K.oxytoca	Totale AST Totale S S (%)	16 15 94%	2 2 100%	2 2 100%		2 2 100%	2 2 100%	2 2 100%	2 2 100%				2 1 50%			
K.pneum.ozaenae	Totale AST Totale S S (%)	17 16 94%	2 1 60%	2 2 100%	1 1 100%	2 2 100%	2 2 100%	2 2 100%	2 1 50%				2 2 100%		1 1 100%	
K.pneum.pneumoniae	Totale AST Totale S S (%)	218 149 68%	27 13 48%	27 19 70%	2 1 50%	27 24 89%	27 22 81%	27 19 70%	25 14 52%	25 14 56%			27 22 81%		2 1 50%	
K.pneumoniae	Totale AST Totale S S (%)	16 8 50%	2 1 50%	1 1 100%	1 0 0%	2 1 50%	2 1 50%	2 1 50%	1 1 100%				2 1 50%		1 0 0%	
Morg.morg. morganii	Totale AST Totale S S (%)	27 18 67%	3 0 0%	3 3 100%	3 3 100%	3 3 100%	3 3 100%	3 2 67%	3 2 67%				3 0 0%		3 2 67%	
Proteus mirabilis	Totale AST Totale S S (%)	282 190 67%	32 13 41%	31 30 97%	28 27 96%	32 32 100%	32 28 88%	31 19 61%	32 10 31%	4 2 50%			32 14 44%		28 15 54%	
Prov.stuartii	Totale AST Totale S S (%)	54 32 59%	6 0 0%	6 6 100%	6 6 100%	6 5 83%	6 3 50%	6 1 17%	6 1 17%				6 2 33%		6 3 50%	
Ps.aeruginosa	Totale AST Totale S S (%)	42 37 88%		7 5 71%		7 7 100%	7 7 100%	7 6 86%	7 6 86%				7 6 86%			
Ser.marcescens	Totale AST Totale S S (%)	8 7 88%	1 0 0%		1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%				1 1 100%		1 1 100%	
Staph.aureus	Totale AST Totale S S (%)	82 63 77%						11 9 82%	1 0 0%	12 4 33%	11 7 64%	12 10 83%	12 11 92%		11 10 91%	12 12 100%
Staph.capitis	Totale AST Totale S S (%)	7 5 71%						1 1 100%		1 0 0%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	
Staph.epidermidis	Totale AST Totale S S (%)	44 18 41%						6 3 50%	2 0 0%	8 1 13%	6 0 0%	8 7 88%		6 3 50%	8 4 50%	
Staph.haemolyticus	Totale AST Totale S S (%)	14 3 21%						2 0 0%		2 0 0%	2 0 0%	2 1 50%		2 0 0%	2 1 50%	
Staph.hom.hominis	Totale AST Totale S S (%)	23 14 61%	1 0 0%	1 0 0%	1 1 100%	1 0 0%	1 0 0%	3 0 0%	1 1 100%	3 2 67%	2 1 50%	3 3 100%	1 1 100%	2 1 50%	3 3 100%	
Staph.saprophyticus	Totale AST Totale S S (%)	7 6 86%						1 1 100%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%	

Nomentana Hospital S.r.l.

Casa di Cura Privata Accreditata

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL

mappe di farmacoresistenza dei patogeni circolanti 01/07 – 31/12/2021

	TOTALE	Amoxicillina/ Acido clavulanico	Piperacillina/ tazobactam	Imipenem	Meropenem	Amikacina	Gentamicina	Ciprofloxacina	Levofloxacina	Clindamicina	Telaplanina	Vancomicina	Fosfomicina	Ritampicina	Trimetoprim/ Sulfametossazol	Fluconazolo
Aci.baumannii	Totale AST Totale S S (%)	5 0 0%			1 0 0%	1 0 0%	1 0 0%	1 0 0%							1 0 0%	
C.albicans	Totale AST Totale S S (%)	1 1 100%														1 1 100%
Citro.freundlii	Totale AST Totale S S (%)	7 6 86%	1 0 0%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%				1 1 100%			
Citro.koseri	Totale AST Totale S S (%)	22 22 100%	3 3 100%	3 3 100%	1 1 100%	3 3 100%	3 3 100%	3 3 100%	2 2 100%				3 3 100%		1 1 100%	
Ent.cloacae	Totale AST Totale S S (%)	8 7 88%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%						1 1 100%		1 1 100%	
Ent.cloacae complex	Totale AST Totale S S (%)	15 13 87%	2 0 0%	2 2 100%	1 1 100%	2 2 100%	2 2 100%	2 2 100%	1 1 100%				2 2 100%		1 1 100%	
Entero.faecalis	Totale AST Totale S S (%)	36 30 83%	6 6 100%		6 6 100%			6 4 67%	6 4 67%		6 5 83%	6 5 83%				
Entero.faecium	Totale AST Totale S S (%)	40 17 43%			8 3 38%			8 2 25%	8 2 25%		8 5 63%	8 5 63%				
Esch.coll	Totale AST Totale S S (%)	654 523 80%	87 47 54%	84 76 90%	39 38 97%	9 8 89%	87 84 97%	87 70 80%	87 55 63%	48 35 73%			87 85 98%		39 25 64%	
K.aerogenes	Totale AST Totale S S (%)	8 4 50%	1 0 0%	1 0 0%	1 1 100%		1 1 100%	1 0 0%					1 1 100%		1 0 0%	
K.oxytoca	Totale AST Totale S S (%)	8 7 88%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%					1 0 0%		1 1 100%	
K.pneum. ozaenae	Totale AST Totale S S (%)	8 6 75%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	1 0 0%					1 1 100%		1 1 100%	
K.pneum. pneumoniae	Totale AST Totale S S (%)	273 164 60%	36 13 36%	36 21 58%	19 16 84%	2 2 100%	36 35 97%	36 22 61%	36 16 44%	17 11 65%			36 22 61%		19 6 32%	
K.pneumoniae	Totale AST Totale S S (%)	16 9 56%	2 1 50%	2 1 50%	2 2 100%		2 2 100%	2 0 0%					2 0 0%		2 1 50%	
Morg.morg. morganii	Totale AST Totale S S (%)	29 17 59%	4 0 0%	4 3 75%	1 1 100%		4 4 100%	4 3 75%	4 3 75%	3 2 67%			4 0 0%		1 1 100%	
Plur.gergoviae	Totale AST Totale S S (%)	8 8 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%					1 1 100%		1 1 100%	
Proteus mirabilis	Totale AST Totale S S (%)	270 176 65%	36 21 58%	35 33 94%	16 16 100%	3 3 100%	36 32 89%	36 29 81%	36 13 36%	20 6 30%			36 17 47%		16 6 38%	
Proteus penneri	Totale AST Totale S S (%)	7 6 86%	1 0 0%	1 1 100%			1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%				1 1 100%			
Prov.rettgeri	Totale AST Totale S S (%)	8 5 63%	1 0 0%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%	1 0 0%	1 0 0%				1 1 100%			
Prov.stuartii	Totale AST Totale S S (%)	61 24 39%	8 0 0%	8 8 100%	4 4 100%	1 1 100%	8 6 75%	8 1 13%	8 1 13%	4 0 0%			8 2 25%		4 1 25%	
Ps.aeruginosa	Totale AST Totale S S (%)	91 73 80%		18 14 78%	11 10 91%	1 1 100%	18 17 94%		18 14 78%	7 6 86%			18 11 61%			
Staph.aureus	Totale AST Totale S S (%)	119 94 79%					17 15 88%		17 8 47%	17 7 41%	17 16 94%	17 15 88%		17 16 94%	17 17 100%	
Staph. epidermidis	Totale AST Totale S S (%)	36 18 50%					6 3 50%		6 0 0%	6 2 33%		6 5 83%		6 3 50%	6 5 83%	
Staph. haemolyticus	Totale AST Totale S S (%)	7 3 43%					1 0 0%		1 0 0%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%		1 0 0%	1 1 100%	
Staph.hom. hominis	Totale AST Totale S S (%)	12 10 83%					2 1 50%		2 1 50%	2 2 100%		2 2 100%		2 2 100%	2 2 100%	

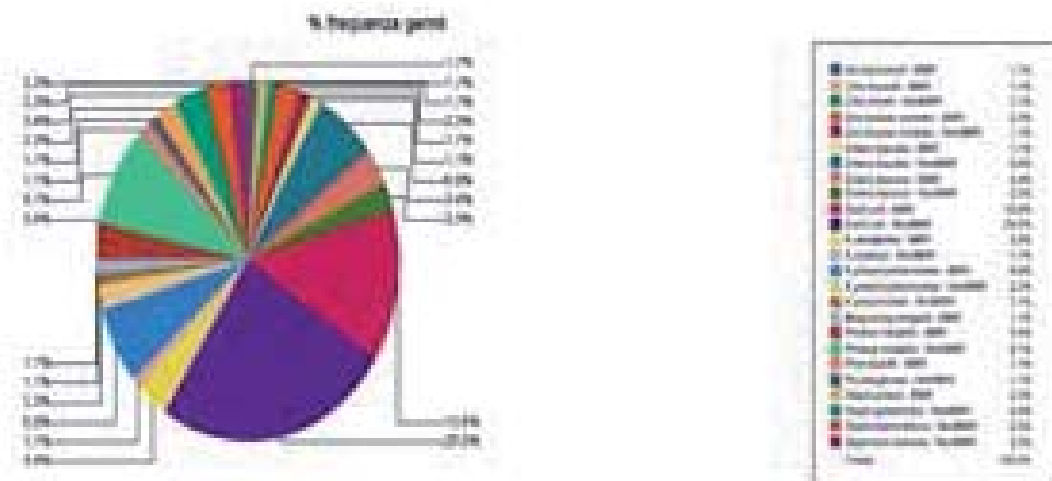
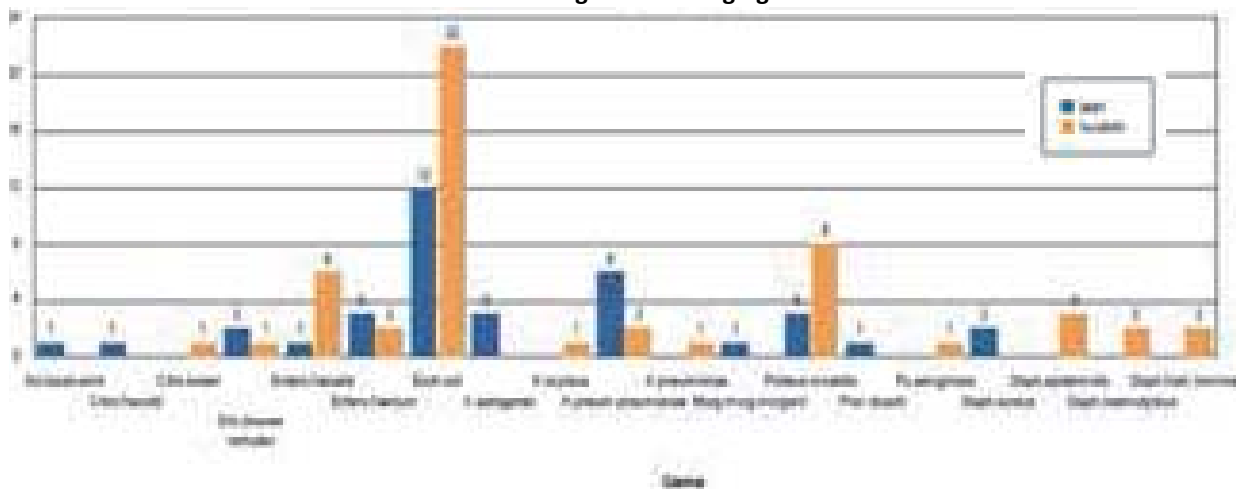
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UOOO RIABILITAZIONE

dati di positività per ricerca patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza su esami culturali 01 gennaio – 30 giugno 2021



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UOOO RIABILITAZIONE

mappe di farmacoresistenza su esami colturali 01 gennaio – 30 giugno 2021

	Totale	Amoxicillina/ Acido clavulamico	Piperacillina/ tazobactam	Imipenem	Meropenem	Amikacina	Gentamicina	Ciprofloxacina	Levofloxacina	Clindamicina	Telcoplanina	Vancomicina	Fosfomicina	Rifampicina	Trimetoprim/ Sulfametossolo
Aci.baumannii	Totale 5 Totale 0 S (%) 0%				1 0 0%	1 0 0%	1 0 0%	1 0 0%	1 0 0%						
Citro.freundii	Totale 9 Totale 5 S (%) 56%	1 0 0%	1 0 0%	1 0 0%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%					1 1 100%		1 1 100%
Citro.koseri	Totale 8 Totale 8 S (%) 100%	1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%				1 1 100%		
Ent.cloacae complex	Totale 26 Totale 18 S (%) 69%	3 0 0%	3 1 33%	2 2 100%	3 3 100%	3 3 100%	3 3 100%	3 3 100%	1 1 100%				3 0 0%		2 2 100%
Entero.faecalis	Totale 42 Totale 34 S (%) 81%	7 6 86%		7 6 86%				7 5 71%	7 5 71%		7 6 86%	7 6 86%			
Entero.faecium	Totale 21 Totale 9 S (%) 43%			3 2 67%				3 1 33%	5 2 40%		5 2 40%	5 2 40%			
Esch.coli	Totale 303 Totale 249 S (%) 82%	34 17 50%	32 30 94%	33 33 100%	34 34 100%	34 32 94%	34 28 82%	34 19 56%	1 1 100%				34 33 97%		33 22 67%
K.aerogenes	Totale 25 Totale 19 S (%) 76%	3 0 0%	3 2 67%	1 1 100%	3 3 100%	3 3 100%	3 3 100%	3 3 100%	2 1 50%				3 2 67%		1 1 100%
K.oxytoca	Totale 8 Totale 8 S (%) 100%	1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%				1 1 100%		
K.pneum.pneumoniae	Totale 65 Totale 37 S (%) 57%	8 2 25%	8 4 50%	1 0 0%	8 6 75%	8 7 88%	8 4 50%	8 4 50%	7 4 57%				8 6 75%		1 0 0%
K.pneumoniae	Totale 8 Totale 8 S (%) 100%	1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%				1 1 100%		
Morg.morg.morganii	Totale 9 Totale 7 S (%) 78%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%					1 0 0%		1 1 100%
Proteus mirabilis	Totale 98 Totale 76 S (%) 78%	11 5 45%	11 11 100%	10 10 100%	11 11 100%	11 11 100%	11 9 82%	11 5 45%	1 0 0%				11 5 45%		10 9 90%
Prov.stuartii	Totale 9 Totale 4 S (%) 44%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 0 0%	1 1 100%	1 0 0%					1 0 0%		1 0 0%
Ps.aeruginosa	Totale 6 Totale 5 S (%) 83%		1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%				1 0 0%		
Staph.aureus	Totale 14 Totale 11 S (%) 79%						2 2 100%	2 0 0%	2 1 50%	2 2 100%	2 2 100%	2 2 100%	2 2 100%	2 2 100%	2 2 100%
Staph.epidermidis	Totale 16 Totale 5 S (%) 31%						2 0 0%	1 0 0%	3 0 0%	2 0 0%		3 3 100%		2 0 0%	3 2 67%
Staph.haemolyticus	Totale 14 Totale 3 S (%) 21%						2 0 0%		2 0 0%	2 0 0%	2 1 50%	2 1 50%		2 0 0%	2 1 50%
Staph.hom.hominis	Totale 17 Totale 12 S (%) 71%	1 0 0%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%	1 0 0%	2 0 0%	1 1 100%	2 2 100%	1 1 100%		2 2 100%	1 1 100%	1 1 100%	2 2 100%

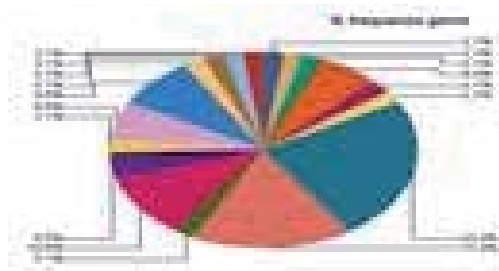
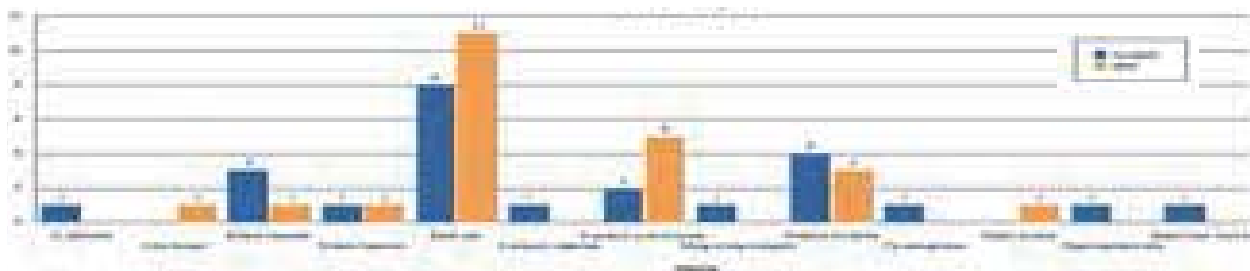
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UOOU LUNGODEGENZA

dati di positività per ricerca patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza su esami colturali 01 gennaio – 30 giugno 2021



NOMENTANA HOSPITAL UOOU RIABILITAZIONE

mappa di farmacoresistenza su esami colturali 01 luglio – 31 dicembre 2021

		Amoxicillina/ Acido clavulanico	Piperacillina/ tazobactam	Impenem	Meropenem	Amikacina	Gentamicina	Ciprofloxacina	Levofloxacina	Clindamicina	Teicoplanina	Vancomicina	Fosfomicina	Rifampicina	Trimetoprim/ Sulfametossazol	Fluconazolo
Aci.baumannii	Totale AST	5				1	1	1	1							1
	Totale S	0				0	0	0	0							0
	S (%)	0%				0%	0%	0%	0%							0%
C.albicans	Totale AST	1														1
	Totale S	1														1
	S (%)	100%														100%
Citro.freundii	Totale AST	7	1	1		1	1	1	1				1			
	Totale S	6	0	1		1	1	1	1				1			
	S (%)	88%	0%	100%		100%	100%	100%	100%				100%			
Ent.cloacae	Totale AST	8	1	1	1		1	1	1				1		1	
	Totale S	7	0	1	1		1	1	1				1		1	
	S (%)	88%	0%	100%	100%		100%	100%	100%				100%		100%	
Entero.faecalis	Totale AST	6	1	1	1			1	1		1	1				
	Totale S	4	1	1	1			1	1		0	0				
	S (%)	67%	100%	100%	100%			100%	100%		0%	0%				
Esch.coli	Totale AST	148	20	20	6	2	20	20	20	14			20		6	
	Totale S	115	14	19	5	1	18	15	11	8			20		4	
	S (%)	78%	70%	95%	83%	50%	90%	75%	55%	57%			100%		67%	
K.oxytoca	Totale AST	8	1	1	1		1	1	1				1		1	
	Totale S	7	1	1	1		1	1	1				0		1	
	S (%)	88%	100%	100%	100%		100%	100%	100%				0%		100%	
K.pneum.pneumoniae	Totale AST	45	6	6	3		6	6	6	3			6		3	
	Totale S	13	0	0	3		6	1	0	0			3		0	
	S (%)	29%	0%	0%	100%		100%	17%	0%	0%			50%		0%	
Morg.morg.morganii	Totale AST	7	1	1			1	1	1	1			1			
	Totale S	5	0	1			1	1	1	1			0			
	S (%)	71%	0%	100%			100%	100%	100%	100%			0%			
Proteus mirabilis	Totale AST	38	5	4	3	1	5	5	5	2			5		3	
	Totale S	20	2	4	3	1	4	4	1	0			1		0	
	S (%)	53%	40%	100%	100%	100%	80%	80%	20%	0%			20%		0%	
Ps.aeruginosa	Totale AST	20		4	2		4		4	2			4			
	Totale S	17		4	2		4		3	1			3			
	S (%)	85%		100%	100%		100%		75%	50%			75%			
Staph.aureus	Totale AST	7					1		1	1	1	1		1	1	1
	Totale S	6					1		1	0	1	1		1	1	1
	S (%)	86%					100%		100%	0%	100%	100%		100%	100%	100%
Staph.haemolyticus	Totale AST	7					1		1	1	1	1		1	1	1
	Totale S	3					0		0	0	1	1		0	1	1
	S (%)	43%					0%		0%	0%	100%	100%		0%	100%	100%

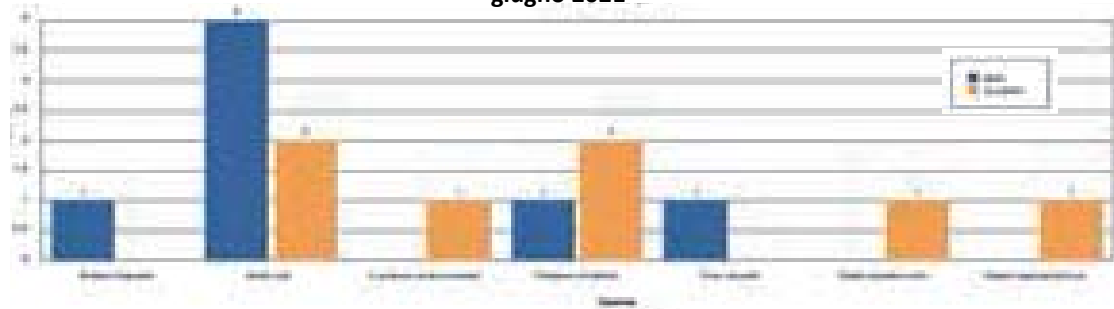
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UOOO RSA

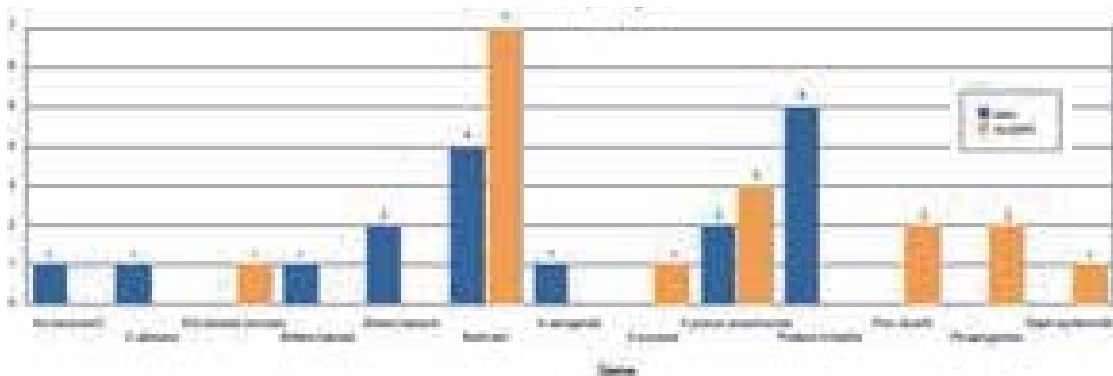
dati di positività per ricerca patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza su esami colturali 01 gennaio – 30 giugno 2021



Patogeno	Positivita'
Klebsiella	10
E. coli	5
S. pneumoniae	2
S. aureus	1
P. aeruginosa	1
S. pneumoniae	1
S. pneumoniae	1
Totale	21

NOMENTANA HOSPITAL UO HOSPICE

dati di positività per ricerca patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza su esami colturali 01 gennaio – 30 giugno 2021



Patogeno	Positivita'
Klebsiella	1
E. coli	1
S. pneumoniae	10
S. aureus	5
S. pneumoniae	1
S. aureus	1
S. aureus	1
S. pneumoniae	1
S. pneumoniae	1
P. aeruginosa	1
S. aureus	1
S. pneumoniae	1
S. pneumoniae	1
Totale	28

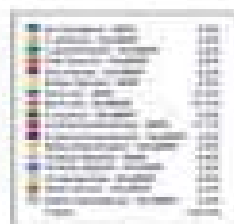
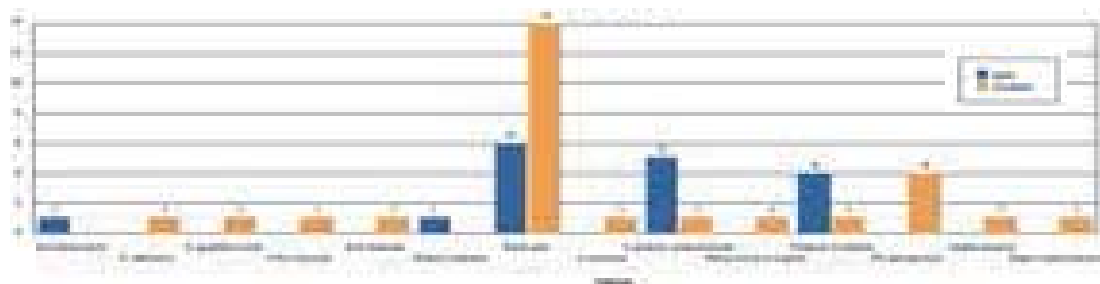
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UOO RIABILITAZIONE

dati di positività per ricerca patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza su esami colturali 01 luglio – 31 dicembre 2021



NOMENTANA HOSPITAL UOO RIABILITAZIONE

mappa di farmacoresistenza

su esami colturali 01 luglio – 31 dicembre 2021

			Amoxicillina/ Acido clavulanico	Piperacillina/ tazobactam	Imipenem	Meropenem	Amikacina	Gentamicina	Ciprofloxacina	Levofloxacina	Clindamicina	Teicoplanina	Vancomicina	Fosfomicina	Rifampicina	Trimetoprim/ Sulfametossazol	Fluconazolo
Aci.baumannii	Totale AST Totale S S (%)	5 0 0%			1 0 0%		1 0 0%	1 0 0%	1 0 0%							1 0 0%	
C.albicans	Totale AST Totale S S (%)	1 1 100%															1 1 100%
Citro.freundii	Totale AST Totale S S (%)	7 6 86%	1 0 0%	1 1 100%			1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%				1 1 100%			
Ent.cloacae	Totale AST Totale S S (%)	8 7 88%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%					1 1 100%		1 1 100%	
Entero.faecalis	Totale AST Totale S S (%)	6 4 67%	1 1 100%		1 1 100%				1 1 100%	1 1 100%		1 0 0%	1 0 0%				
Esch.coli	Totale AST Totale S S (%)	148 115 78%	20 14 70%	20 19 95%	6 5 83%	2 1 50%	20 18 90%	20 15 75%	20 11 55%	14 8 57%				20 20 100%		6 4 67%	
K.oxytoca	Totale AST Totale S S (%)	8 7 88%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%					1 0 0%		1 1 100%	
K.pneum.pneumoniae	Totale AST Totale S S (%)	45 13 29%	6 0 0%	6 0 0%	3 3 100%		6 6 100%	6 1 17%	6 0 0%	3 0 0%				6 3 50%		3 0 0%	
Morg.morg.morganii	Totale AST Totale S S (%)	7 5 71%	1 0 0%	1 1 100%			1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%				1 0 0%			
Proteus mirabilis	Totale AST Totale S S (%)	38 20 53%	5 2 40%	4 4 100%	3 3 100%	1 1 100%	5 4 80%	5 4 80%	5 1 20%	2 0 0%				5 1 20%		3 0 0%	
Ps.aeruginosa	Totale AST Totale S S (%)	20 17 85%		4 4 100%	2 2 100%		4 4 100%		4 3 75%	2 1 50%				4 3 75%			
Staph.aureus	Totale AST Totale S S (%)	7 6 86%						1 1 100%		1 1 100%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%		1 1 100%	1 1 100%	1 1 100%
Staph.haemolyticus	Totale AST Totale S S (%)	7 3 43%						1 0 0%		1 0 0%	1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%		1 0 0%	1 1 100%	1 1 100%

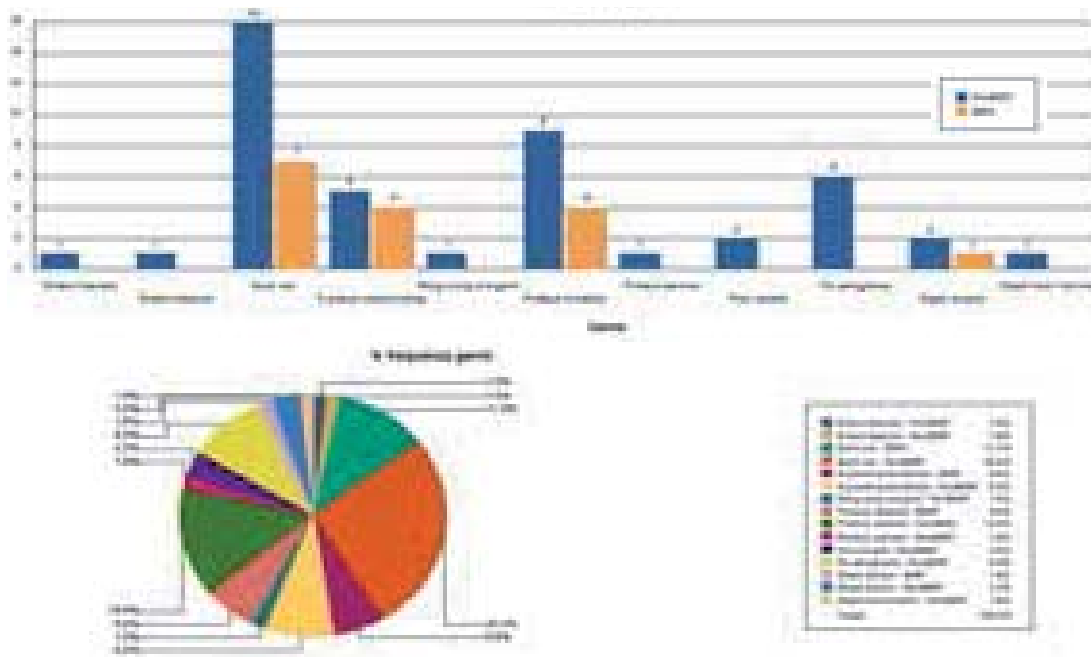
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

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 farmacoresistenza su esami colturali 01 luglio – 31 dicembre 2021



NOMENTANA HOSPITAL UOO LUNGODEGENZA

mappa di farmacoresistenza su esami colturali 01 luglio – 31 dicembre

		TOTALE	Amoxicillina/ Acido clavulanico	Piperacillina/ tazobactam	Imipenem	Meropenem	Amikacina	Gentamicina	Ciprofloxacina	Levofloxacina	Clindamicina	Teicoplanina	Vancomicina	Fosfomicina	Rifampicina	Trimetoprim/ Sulfametossazolo
Entero.faecalis	Totale AST	6	1		1				1	1		1	1			
	Totale S S (%)	4 67%	1 100%		1 100%				0 0%	0 0%		1 100%	1 100%			
Entero.faecium	Totale AST	5			1				1	1		1	1			
	Totale S S (%)	2 40%			0 0%				0 0%	0 0%		1 100%	1 100%			
Esch.coli	Totale AST	175	23	23	11	3	23	23	23	12				23		11
	Totale S S (%)	142 81%	9 39%	20 87%	11 100%	3 100%	23 87%	20 74%	17 75%	9 75%				23 100%		7 64%
K.pneum.pneumoniae	Totale AST	67	9	9	4		9	9	9	5				9		4
	Totale S S (%)	47 70%	2 22%	7 78%	4 100%		9 100%	7 78%	5 56%	5 100%				7 78%		1 25%
Morg.morg.morganii	Totale AST	7	1	1			1	1	1	1					1	
	Totale S S (%)	5 71%	0 0%	1 100%			1 100%	1 100%	1 100%	1 100%					0 0%	
Proteus mirabilis	Totale AST	99	13	13	6	2	13	13	13	7				13		6
	Totale S S (%)	74 75%	7 54%	13 100%	6 100%	2 100%	12 92%	12 92%	8 62%	5 71%				7 54%		2 33%
Proteus penneri	Totale AST	7	1	1			1	1	1	1					1	
	Totale S S (%)	6 86%	0 0%	1 100%			1 100%	1 100%	1 100%	1 100%					1 100%	
Prov.stuartii	Totale AST	16	2	2	2		2	2	2					2		2
	Totale S S (%)	7 44%	0 0%	2 100%	2 100%		1 50%	0 0%	1 50%					0 0%		1 50%
Ps.aeruginosa	Totale AST	30		6	4		6		6	2				6		
	Totale S S (%)	29 97%		5 83%	4 100%		6 100%		6 100%	2 100%				6 100%		
Staph.aureus	Totale AST	21						3		3	3	3	3	3	3	3
	Totale S S (%)	19 90%						3 100%		2 67%	3 100%	3 100%	3 67%	2 67%	3 100%	3 100%
Staph.hom.hominis	Totale AST	6						1		1	1	1	1	1	1	1
	Totale S S (%)	6 100%						1 100%		1 100%	1 100%	1 100%	1 100%	1 100%	1 100%	1 100%

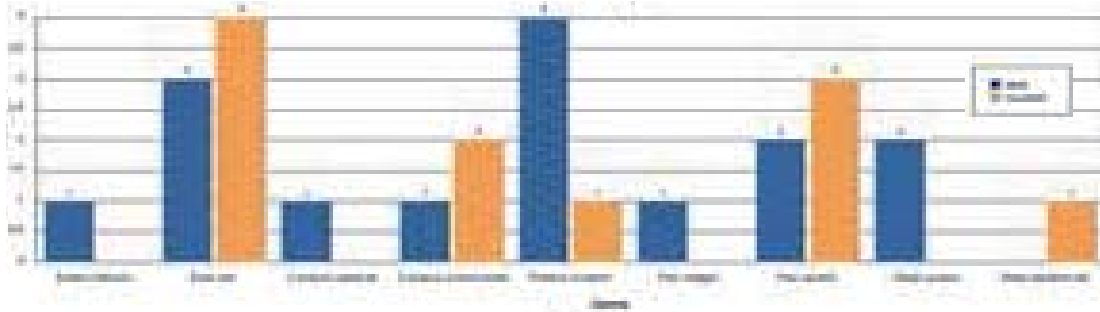
PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

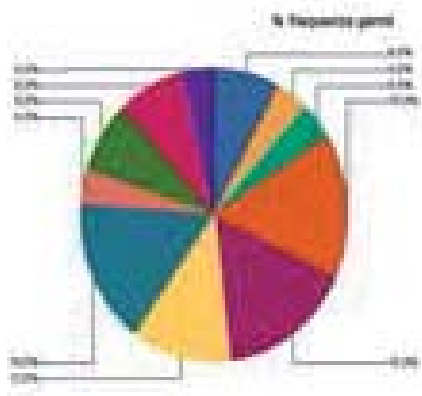
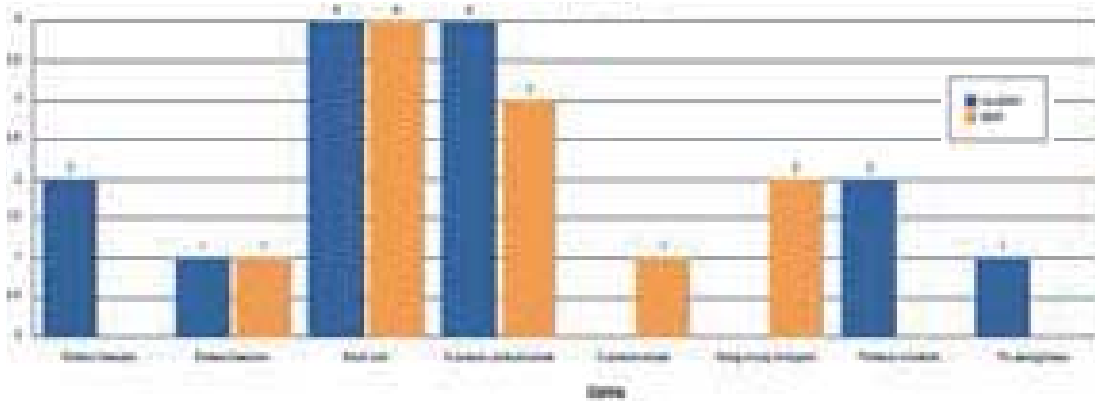
NOMENTANA HOSPITAL UUOO RSA

dati di positività per Ricerca patogeni circolanti e mappe di farmaco-resistenza su esami colturali 01 luglio – 31 dicembre 2021



NOMENTANA HOSPITAL UO HOSPICE

dati di positività per ricerca patogeni circolanti e mappe di farmaco-resistenza su esami colturali 01 luglio – 31 dicembre 2021



PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

ATTIVITA' 3b: ELABORAZIONE DI REPORT SU CONSUMO DI ANTIBIOTICI CIRC.LE REG.LAZIO 0063667 23/01/2020 E U. 0884520 15/10/2020.

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

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

Dose definita Giornaliera*

NOMENTANA HOSPITAL UUOO RIABILITAZIONE

Consumo antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria 1° semestre 2021 (01 gennaio – 30 giugno 2021)

FARMACO	QUANTITA'	CONFEZIONI	COSTO	DDD/100 giornate di degenza
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	53	SCA	171,32 €	4,95
CEFTRIAXONE IM 1G+F 3,5ML	90	FLE	135,63 €	0,52
CEFTRIAXONE INF POLV 2G	20	FLE	35,20 €	0,23
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	145	SCA	378,59 €	5,1
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	8	SCA	34,18 €	1,3
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	36	SCA	112,40 €	0,8
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	56	SCA	49,28 €	0,2
IMIPENEM+CILASTATINA 500MG+500MG	94	FLE	331,39 €	0,55
LEVOFLOXACINA 500 MG/100 ML flacone	2	sac	2,29 €	0,02
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	13	SCA	27,61 €	0,8
LINEZOLID 2MG/ML 300ML	30	FLC	155,21 €	0,2
MEROPENEM 10FL 500 MG EV	11	SCA	435,60 €	0,2
MEROPENEM EV POLV 10FL 1G	2	SCA	1,43 €	0,07
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	40	FLC	178,20 €	0,07
TARGOSID*IM IV 1F 200MG+F 3ML	38	FLE	790,44 €	0,22
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	130	FLE	1.785,96 €	0,75
VANCOMICINA INF FL 500MG	40	FLC	63,80 €	0,12

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UOOO LUNGODEGENZA

Consumo antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria 1° semestre 2021 (01 gennaio – 30 giugno 2021)

FARMACO	QUANTITA'	CONFEZIONI	COSTO	DDD/100 giornate di degenza
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	23	SCA	66,32 €	3,02
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	4	SCA	10,40 €	0,505
CEFOTAXIMA IM/EV 1FL 1G+FL SOLV	20	FLE	47,30 €	0,082
CEFTAZIDIMA IM 1FL 1G+FL 3ML	50	FLE	161,15 €	0,205
CEFTRIAZONE INF POLV 2G	60	FLE	105,60 €	0,98
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	44	SCA	83,16 €	0,36
DEFLAMON*IV 25FL 500MG 100ML	50	FLC	48,78 €	0,27
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	15	SCA	46,97 €	0,49
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	10	FLE	8,80 €	0,55
IMIPENEM+CILASTATINA 500MG+500MG	225	FLE	751,14 €	1,84
LEVOFLOXACINA 500 MG/100 ML flacone	12	sac	13,73 €	0,19
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	4	SCA	4,88 €	0,33
MEROPENEM 10FL 500 MG EV	16	SCA	633,60 €	0,44
MEROPENEM EV POLV 10FL 1G	5	SCA	357,50 €	0,27
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	119	FLC	602,14 €	0,31
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	190	FLC	679,44 €	1
TARGOSID*IM IV 1F 200MG+F 3ML	38	FLE	790,43 €	0,31
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	14	FLE	206,71 €	0,11
VANCOMICINA INF FL 500MG	80	FLC	127,60 €	0,32

NOMENTANA HOSPITAL UOOO RIABILITAZIONE

Consumo antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria 2° semestre 2021 (01 luglio – 31 dicembre 2021)

FARMACO	QUANTITA'	CONFEZIONI	COSTO	DDD/100 giornate di degenza
AMIKACINA TEVA*IM EV 1F 1G 4ML	20	FLE	39,60 €	0,21
LIKACIN*IM IV 1FL 500MG 2ML	18	SCA	62,96 €	0,19
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	52	SCA	196,62 €	44,4
CEFTRIAZONE IM 1G+F 3,5ML	26	FLE	30,03 €	0,13
CEFTRIAZONE INF POLV 2G	30	FLE	52,80 €	0,16
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	107	SCA	298,99 €	3,42
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	5	SCA	17,09 €	0,37
DEFLAMON FLEBO*IV FL 500MG 100	12	SCA	46,33 €	0,04
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	60	SCA	183,01 €	1,28
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	59	SCA	76,25 €	0,21
IMIPENEM+CILASTATINA 500MG+500MG	40	SCA	131,56 €	0,21
LEVOFLOXACINA 500 MG/100 ML flacone	5	sac	5,72 €	0,05
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	28	CP	71,23 €	1,49
MINOCIN*8CPS 100MG	3	SCA	10,33 €	0,13
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	22	FLC	38,50 €	0,04
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	42	FLC	230,42 €	0,14
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	30	FLE	332,64 €	0,16

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

NOMENTANA HOSPITAL UOOO LUNGODEGENZA

Consumo antibiotici espresso in DDD/100 gg di degenza ordinaria 2° semestre 2021 (01 luglio – 31 dicembre 2021)

FARMACO	QUANTITA'	CONFEZIONI	COSTO	DDD/100 giornate di degenza
DEFLAMON FLEBO*IV FL 500MG 100	4	FLC	15,44 €	0,02
BACTRIM*16CPR 160MG+800MG	6	SCA	15,58 €	0,68
CEFAZOLINA TEVA*IV F 1G+F 10ML	15	SCA	19,80 €	0,04
CEFIXORAL*5CPR RIV 400MG	2	SCA	16,68 €	0,15
FOSFOMICINA M.G*AD OS 2BUST 3G	12	SCA	37,20 €	0,35
MEROPENEM 10FL 500 MG EV	43	SCA	1.111,00 €	1,04
MEROPENEM EV POLV 10FL 1G	7	SCA	246,40 €	0,34
CEFIXIMA*5CPR RIV 400MG	2	SCA	13,46 €	0,15
AMOXIC.AC.CLAVUL. 875+125MG 12 CPR	7	SCA	26,53 €	0,82
CEFOTAXIMA EV 1FL 2G+FL10 ML	10	FLE	23,10 €	0,15
CEFTRIAZONE INF POLV 2G	79	FLE	139,04 €	1,15
CEFTRIAZONE IM 1G+F 3,5ML	26	FLE	30,03 €	0,19
CIPROFLOXACINA 6 CPR 500 MG	65	SCA	181,61 €	2,85
CLARITROMICINA 14 CPR 500MG	5	SCA	21,37 €	1,02
LEVOFLOXACINA 5CPR 500MG	3	SCA	6,37 €	0,22
VANCOMICINA INF FL 500MG	150	FLC	239,25 €	0,54
IMIPENEM+CILASTATINA 500MG+500MG	127	FLE	417,71 €	0,92
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 4,5 G 1FL EV	299	FLC	1.390,81 €	1,4
PIPERACILLINA TAZOBACTAM 2.25 G 1FL	44	FLC	77,02 €	0,1
LEVOFLOXACINA 500 MG/100 ML flacone	5	sac	5,72 €	0,07
GENTAMICINA SOLFATO*1F 80MG/2 ML	26	FLE	22,88 €	0,12
TEICOPLANINA 200 MG FL IV	72	FLE	798,34 €	0,53

ATTIVITA' 4: ELABORAZIONE DI REPORT SU CONSUMO DI GEL IDROALCOLICI CIRC.LE REG.LAZIO 0063667 23/01/2020 E U. 0884520 15/10/2020.

La rimodulazione continua dei reparti determinata dall'emergenza pandemica ha di fatto reso impossibile quantificare il consumo di gel idroalcolico stratificato per reparti; è possibile comunque fornire un indice del consumo annuale per 1000 giornate di degenza:

Consumo di gel idroalcolico lt/1000 giornate di degenza: 4,58 LT/1000 gg degenza

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS 2022

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

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

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

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITA' 2022 (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.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

In ottemperanza a quanto previsto dalla Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 "Adozione del documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS)", ai sensi di quanto previsto dalla L. 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", gli obiettivi strategici definiti a livello regionale su cui progettare il PARS 2022, sono i seguenti:

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

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

6.2 ATTIVITA' 2022

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

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

OBIETTIVO A) – Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

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

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

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk manager	Direzione 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 del corso entro il 31/12/2022 del modulo Clinical Governance Core Curriculum (ECM) "Audit Clinico e indicatori di qualità "*"
STANDARD	SI
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

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

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

INDICATORE	Esecuzione del corso entro il 31/12/2021 del corso ECM "Somministrazione dei farmaci: competenze e responsabilità" in modalità FAD.
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) – 2022

Qualità e Risk Management

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

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

Attività 3: Progettazione ed esecuzione del corso ECM " La gestione dei cateteri venosi centrali e periferici "

INDICATORE	Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 31/12/2021.
STANDARD	SI
FONTE	Risk management, Direzione Corsi Formazione

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

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

Attività 5: Progettazione ed esecuzione di un corso "Prevenzione, gestione e tecniche di contenimento delle aggressioni e atti di violenza a danno degli operatori sanitari"

INDICATORE	Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 30/12/2022.
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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

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 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 2022 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	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

7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2022

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)

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

7.2 ATTIVITA'

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

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 edizioni del corso entro il 31/12/2022 che assicurino la partecipazione di almeno il 50% del personale interessato		
STANDARD - 50% del personale interessato		
FONTE - CC-ICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CC-ICA	UO Formazione
1.Progettazione del corso	R	C
2.Accreditamento del corso	C	R
3.Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITA' LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITA' PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI						
ATTIVITA' 2 – Redazione Piano d'azione locale con declinazione delle attività previste per il 2022						
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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

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 questionario di autovalutazione (sotto riportato), alla data del 31 dicembre 2021:

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
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
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e terapia intensiva	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	0
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
A.5 - E' previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	SI'	15
TOTALE SEZIONE A (INTERMEDIO)		55
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
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
B.1.2 - Esiste un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	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
B.2.2 - Piano d'azione locale per l'implementazione del piano di intervento regionale	NO	0
B.2.3 - Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	0
B.2.4 - Poster informativi	SI'	5

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

B.3 Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani	SI'	15
B.4 - E' presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	SI'	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	SI'	15
TOTALE SEZIONE B (AVANZATO)		80
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
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
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
C.2.2. - Corretta tecnica di igiene delle mani	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)	NO	0
C.3.2 - Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni tre mesi)	NO	0
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
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?	Irregolarmente	5
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?	60%	15
C.5 Feedback		

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

C.5.1 - <u>Feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
C.5.2 - <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
C.5.3 - <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
TOTALE SEZIONE C (BASE)		30
SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
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
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	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
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
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
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	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
TOTALE SEZIONE D (INTERMEDIO)		60
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica dell'igiene delle mani		
E.1.1 - Esiste un team definito?	SI'	5

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione di igiene delle mani?	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
E.2.2 - Direzione Sanitaria?	SI'	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	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
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
E.4.2 - Riconoscere ed utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	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
E.5.2 - E' stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	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
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	SI'	5
E.6.3 - E' presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	SI'	5
TOTALE SEZIONE E (BASE)		50

In sintesi il questionario di autovalutazione evidenzia come il Nomentana Hospital per la maggior parte degli obiettivi, sia già oltre il livello base richiesto dal CRRC.

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
TOTALE SEZIONE A	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 - COMUNICAZIONI PERMANENTI		
TOTALE SEZIONE D	60	TABELLA D2 INTERMEDIO
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
TOTALE SEZIONE E	50	TABELLA E2 BASE

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

Piano d'azione locale al 31 dicembre 2023 con declinazione obiettivi per il 2022

PIANO DI AZIONE LOCALE NOMETANA HOSPITAL						
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI						
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2021	PUNTEGGIO 31/12/2021	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023
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 maggiorparte dei reparti	30	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggiorparte dei reparti	30	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggiorparte 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	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?	NO	0	NO	0	SI'	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0	NO	0	SI'	15
A.5 - E' previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	SI'	15	SI'	15	SI'	15
TOTALE SEZIONE A INTERMEDIO		55 (INTERMEDIO)		55 INTERMEDIO		80 AVANZATO
SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE						
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2021	PUNTEGGIO 31/12/2021	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023
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	UNA TANTUM	5
B.1.2 - Esiste un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	SI'	20	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	SI'	5
B.2.2 - Piano d'azione locale per l'implemetazione del piano di intervento regionale	NO	0	NO	0	NO	0
B.2.3 - Brochure seull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	0	NO	0	NO	0
B.2.4 - Poster informativi	SI'	5	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	SI'	15
B.4 - E' presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	SI'	15	SI'	15	SI'	15
B.5 - Esiste un badget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	SI'	15	SI'	15	SI'	15
TOTALE SEZIONE B AVANZATO		80		80 AVANZATO		80 AVANZATO
SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK						
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2021	PUNTEGGIO 31/12/2021	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023
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	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	NO	0
C.2.2 - Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0	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)	NO	0	SI'	5	SI'	5
C.3.2 - Il consumo di sapone è monitorato regolarmente. (almeno ogni tre mesi)	NO	0	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	NO	0	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 mnaì utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel piano di intervento regionale?	Irregolarmente	5	Irregolarmente	5	Irregolarmente	5
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?	60%	15	60%	15	60%	15
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	NO	0
C.5.2 - Feedback sistematico: viene restituito almneo ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mnaì e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0	SI'	7,5	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?	NO	0	SI'	7,5	SI'	7,5
TOTALE SEZIONE C BASE		30		55 INTERMEDIO		55 INTERMEDIO

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE						
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2021	PUNTEGGIO 31/12/2021	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023
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	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	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	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	Almeno una volta l'anno	10	Almeno una volta l'anno	10
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	NO	0
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0	NO	0	SI'	10
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	NO	0
TOTALE SEZIONE D 60		60		60 INTERMEDIO		70 INTERMEDIO
SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT						
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2021	PUNTEGGIO 31/12/2021	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022	RISPOSTE 31/12/2023	PUNTEGGIO 31/12/2023
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	SI'	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0	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	SI'	5
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	SI'	10
E.2.2 - Direzione Sanitaria?	SI'	5	SI'	5	SI'	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	SI'	5	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	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	SI'	5
E.4.2 - Riconoscere ed utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	SI'	5	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	NO	0	SI'	5
E.5.2 - E' stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0	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	SI'	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	SI'	5	SI'	5	SI'	5
E.6.3 - E' presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0	NO	0	NO	0
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0	NO	0	NO	0
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0	NO	0	NO	0
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	SI'	5	SI'	5	SI'	5
TOTALE SEZIONE E BASE		50		55 BASE		65 INTERMEDIO

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

Gli obiettivi previsti nel Piano di azione locale al 31 dicembre 2022, sono riassunti nella tabella sottostante:

SEZIONE C - VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2021	PUNTEGGIO 31/12/2021	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022
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)	NO	0	SI'	5
C.3.2 - Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni tre mesi)	NO	0	SI'	5
C.5 Feedback				
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?	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?	NO	0	SI'	7,5
TOTALE SEZIONE C BASE		30		55 INTERMEDIO

SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT				
DOMANDE	RISPOSTE 31/12/2021	PUNTEGGIO 31/12/2021	RISPOSTE 31/12/2022	PUNTEGGIO 31/12/2022
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica dell'igiene delle mani				
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0	SI'	5
TOTALE SEZIONE E BASE		50		55 BASE

LEGENDA: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato; GDL = Gruppo di Lavoro; IE = Infermiere Epidemiologo

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 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						
ATTIVITÀ 1 – C.3. Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani – monitoraggio trimestrale di consumo di prodotto a base alcolica C.3.1						
INDICATORE – SI'						
STANDARD – CRRC – Regione Lazio						
FONTE – CC-ICA						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	CC-ICA	DS	RM	CDA	Farmacia	Uff. Acquisti
1. Resoconto trimestrale del consumo di prodotto a base alcolica	C	C	C	I	R	R
2. Redazione di report	R	C	C	I	I	I

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

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 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

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

INDICATORE – SI

STANDARD – CRRC – Regione Lazio

FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	DS	RM	DAI	Farmacia	CDA
1. Resoconto trimestrale del consumo di sapone	R	C	C	C	C	I
2. Redazione di report	I	C	C	I	I	R

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 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

ATTIVITÀ 3 – C.5. Feedback – 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?

INDICATORE – SI'

STANDARD – CRRC – Regione Lazio

FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	DS	RM	DAI	IE	CDA
1. Esecuzione del feedback	C	I	C	C	R	I

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 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

ATTIVITÀ 4 – C.5. Feedback – 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?

INDICATORE – SI'

STANDARD – CRRC – Regione Lazio

FONTE – CC

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	DS	RM	DAI	IE	CDA
1. Esecuzione del feedback	R	I	C	C	C	I

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

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 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

ATTIVITÀ 5 – E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica dell'igiene delle mani - E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?

INDICATORE – SI'

STANDARD – CRRC – Regione Lazio

FONTE – CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	TEAM	DS	CDA
1.Esecuzione incontri mensili del team	C	R	I	I

OBIETTIVO 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 ENETROBATTERI PRODUTTORI DI CRE

ATTIVITÀ 1 – Definizione/implementazione/consolidamento del modello della raccolta e flusso dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE

INDICATORE – Implementazione modello di raccolta flusso dati.

STANDARD - SI

FONTE - CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	RM	DS	Resp. Laboratorio analisi	Primari UUOO	DAI
1. Implementazione modello di raccolta flusso dati.	C	C	I	R	I	I

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

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' 2a – Elaborazione di report diffusione a livello delle UUOO ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento

INDICATORE - Report semestrale

STANDARD - SI

FONTE – Laboratorio Analisi e Patologia Clinica

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

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.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.

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

FONTE - Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

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' 3.a Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a: Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario					
INDICATORE - Produzione della procedura					
STANDARD - SI'					
FONTE – CC-ICA					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azione	CCICA	GDL*	RM	Resp.li reparto	Coord. Inferm.
1.Elaborazione della procedura	C	R	C	I	I
2.Diffusione	C	I	R	I	I
3.Monitoraggio aderenza	C	I	R	C	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' 5. Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)				
INDICATORE - Produzione del programma				
STANDARD - SI'				
FONTE – CC-ICA				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	CCICA	DS	RM	FORM
1.Progettazione programma	R	C	C	R
2.Realizzazione	C	I	I	R

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

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. 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	IE
1.Progettazione indagine	R	C	C	C
2.Esecuzione indagine	C	I	R	R
3.Elaborazione e analisi dei risultati	R	C	C	C
4.Restituzione dei risultati	C	I	R	I

11. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS verrà diffuso secondo le seguenti modalità:

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

12. RIFERIMENTI NORMATIVI

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

PIANO ANNUALE RISCHIO SANITARIO (PARS) – 2022

Qualità e Risk Management

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

Clinico recante "Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;

11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti";
12. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella';
13. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti';
14. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
15. Decreto Regione Lazio DCA U00469 del 07/11/2017, Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
17. Determinazione Regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
18. Decreto del Commissario ad Acta del 29 ottobre 2018 n. U00400 recante "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
19. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017".
20. Determinazione n. G07551 del 25/06/2020 recante "Approvazione del <<Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica>> e del <<Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio>>".
21. Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 recante "Adozione del <<Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)>>".

13. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;

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