

PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO anno 2025

AI SENSI DELLA LEGGE 08/03/2017, n. 24,
ELABORATO NEL RISPETTO DELLE ISTRUZIONI STABILITE DALLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO
n. G00643 del 25/01/2022 e della NOTA DELLA REGIONE LAZIO prot. n. R.U. U.0079798 del 22/01/2025.

Con riferimento agli obiettivi per la gestione del rischio infettivo, si rappresenta che le attività individuate nel presente Piano sono allineate con quelle del *Piano Regionale della Prevenzione* (PRP - Piano predefinito 10 – PP10) e al *Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza* (PNCAR).



DATA EMISSIONE	REDATTO DA	APPROVATO DA
13/02/2025	CLINICAL RISK MANAGER (Dr. Enrico Rosati)	CC-ICA (si veda il Verbale della Seduta del 07/02/2025) <i>Per il CC-ICA</i>

INDICE

A.0.	INTRODUZIONE E AMBITO DI APPLICAZIONE	3
A.1	CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	5
A.1.1	IL COMITATO CLINICO DI CONTROLLO DEL S.G.Q., DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA).....	6
A.2	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	10
A.3	DESCRIZIONE SINTETICA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	12
A.4	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.	13
A.5	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	21
A.6	OBIETTIVI E ATTIVITÀ.....	22
A6.1	OBIETTIVI	22
A.6.2	ATTIVITÀ.....	22
A7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	26
A7.1	OBIETTIVI (RISCHIO INFETTIVO)	26
A7.2	ATTIVITÀ (RISCHIO INFETTIVO).....	27
A.8	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	31
A.9	BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.	32
	ALLEGATI E APPENDICE	34

PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS), anno 2025

A.0. INTRODUZIONE E AMBITO DI APPLICAZIONE

I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che il problema degli errori ed eventi avversi in sanità rappresenta una reale emergenza che comporta dei costi sia in termini di vite umane che economici.

La probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, viene definita come la probabilità che subisca un *“evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile”*¹.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha rappresentato, in diversi documenti prodotti, la necessità che sia la stessa organizzazione sanitaria a intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure. L'errore è insito nei sistemi complessi: la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando i vari aspetti, quali, a esempio, il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, l'elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, il coinvolgimento di pazienti e cittadini, la formazione degli operatori sanitari, etc. Tale approccio è definito come Gestione del Rischio Clinico che rappresenta un elemento di Governo Clinico, definito come *“il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica”*.

3

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e, nel documento pubblicato sul sito istituzionale dal titolo *“Risk Management in Sanità”* stabilisce le seguenti raccomandazioni:

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

La Regione Lazio, dapprima con la Determinazione n. G04112 dell'01/04/2014, recante oggetto: *“Linee guida di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)”* e, successivamente, per mezzo della Determinazione n. G00643 del 25/01/2022, ha tracciato un preciso indirizzo operativo per incrementare i livelli di sicurezza del paziente in ambito ospedaliero e socio-sanitario.

¹ Fonte: Glossario del Ministero della Salute.

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza.

D'altro canto, l'ospedale e le residenze di comunità, diversamente da altre realtà, rappresentano un *unicum* nella loro complessità poiché in queste strutture interagiscono molteplici fattori che sono eterogenei e dinamici e dove intervengono numerose variabili, come la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze dei professionisti, l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire.

In tale contesto, il rischio di incidenti e di eventi avversi è particolarmente elevato e pur non potendo essere del tutto eliminato, può altresì essere controllato con adeguate e appropriate azioni di prevenzione e rimozione dei fattori causali riprogettando un sistema organizzativo, assistenziale e clinico intrinsecamente resistente agli errori. In questo senso la gestione del rischio sanitario costituisce un sistema di prevenzione e di contenimento dei possibili effetti dannosi degli errori cosiddetti evitabili contribuendo da una parte a migliorare la qualità delle cure sia in termini di efficacia che di efficienza e dall'altra al recupero della fiducia del paziente verso la Struttura Sanitaria.

Per identificare le diverse misure di prevenzione da attuare, notevole importanza riveste non solo l'analisi degli eventi avversi, ma anche quella dei quasi eventi o *near misses*. Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di errore e apportare le azioni correttive che miglioreranno i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

Il presupposto basilare è ritenere che l'errore debba essere considerato quale "difetto del sistema" e non del singolo professionista, pianificando e implementando programmi aziendali di gestione del rischio clinico snelli quanto efficaci.

La gestione del rischio clinico richiede pertanto un approccio di sistema e la riduzione degli errori presuppone imparare da essi e attuare misure protettive e preventive all'interno dell'organizzazione.

I fattori individuali presentano certamente un peso importante nella pratica clinica, ma spesso sono altre componenti, legate all'organizzazione, che determinano il verificarsi dell'errore; per tale motivo assume importanza fondamentale identificare e segnalare qualsiasi errore, sia che esso abbia causato un evento avverso, che un *near miss*.

La Casa di Cura, su proposta del *Clinical Risk Manager* (CRM) aziendale, in recepimento della normativa nazionale e regionale di riferimento adotta, pertanto, il **Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)** sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo che definiscono gli obiettivi e le azioni da intraprendere per l'anno in corso, al fine del miglioramento della qualità e della prevenzione degli eventi avversi a livello aziendale. Tale documento intende valorizzare anche le iniziative intraprese in precedenza che costituiscono una prima base per la continuità delle azioni, nonché, per avviarne di nuove.

Il presente Documento, che si applica sia alla Casa di Cura che alla RSA di questa Struttura, è stato elaborato considerando le indicazioni contenute nella sezione "A" della Determinazione regionale n. G00643 del 25/01/2022, in armonia con quanto stabilito dal paragrafo B.O. "Ambito di applicazione" del medesimo provvedimento normativo².

² "Rientrano nell'ambito di applicazione della sezione "B" solo le strutture che costituiscono presidi autonomi. Sono pertanto escluse le strutture che, pur rientrando nell'elenco di cui al punto B1, sono da ritenersi articolazioni organizzative di strutture polifunzionali che erogano prestazioni rientranti nel punto A1 come, ad esempio, una RSA che sia all'interno di una struttura che prevede anche un reparto di lungodegenza: in questo caso il PARS dovrà essere elaborato secondo le indicazioni contenute nella sezione A".

A.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura “Auxologico Roma - Buon Pastore” è una Struttura sanitaria specializzata nell’assistenza in fase di post-acuzie, compresa quella finalizzata al recupero funzionale e riabilitativo, caratterizzandosi per una particolare vocazione alla gestione del paziente geriatrico e “fragile”, fin dalla sua fondazione.

La Struttura è ubicata nel Municipio XIII di Roma (superficie: 66,93 km²; abitanti: 133.388 al 31/12/2019; densità: 1.992,95 ab./km²), di competenza territoriale dell’ASL Roma 1, nel quartiere di Montespaccato (zona urbanistica: “Fogaccia”).

Ai sensi e per effetto della DGR n. 470 del 20/07/2021, la Casa di Cura, accreditata istituzionalmente con il SSR/SSN, è articolata sotto il profilo organizzativo nei seguenti *setting* assistenziali:

- n. 41 (quarantuno) posti letto in regime di ricovero ordinario per la specialità di *Recupero e Riabilitazione funzionale*, cod. 56;
 - n. 4 (quattro) posti letto in regime di ricovero diurno per la specialità di *Recupero e Riabilitazione funzionale*, cod. 56;
 - n. 47 (quarantasette) posti letto in regime di ricovero ordinario per la specialità di Lungodegenza medica, cod. 60;
 - n. 100 (cento) posti ospite di Residenza Sanitaria Assistita (mantenimento di tipo “Alto”, con possibilità di accesso anche per ospiti per mantenimento di tipo “Basso” nei limiti normativamente previsti);
 - n. 10 (dieci) posti ospite afferenti a un Nucleo di Assistenza Residenziale di tipo Intensivo;
- per un totale complessivo di n. 202 (duecentodue) posti letto.

5

DATI STRUTTURALI AL 31/12/2024			
Posti letto ordinari	198	Recupero e Riabilitazione funzionale, cod. 56	41
		Lungodegenza medica, cod. 60	47
		RSA “Mantenimento alto”	100
		RSA “Intensiva” (R1)	10
Posti letto diurni	4	Recupero e Riabilitazione funzionale, cod. 56	4
Totale	202		

Si riportano, di seguito, i volumi di attività della struttura sanitaria, in termini di episodi di ricovero, relativo all’ultimo quinquennio:

DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI ULTIMI 5 ANNI					
Casa di Cura – episodi di ricovero	2020*	2021**	2022***	2023***	2024***
Recupero e Riabilitazione funzionale, regime ordinario, cod. 56	433	415	418	516	546
Recupero e Riabilitazione funzionale, regime diurno, cod. 56	50	49	67	70	83
Lungodegenza medica post-acuzie, cod. 60	310	364	414	453	536

*Attività riguardante la precedente gestione/denominazione della Struttura (Casa di Cura “Ancelle Francescane del Buon Pastore”, cod. min. 120 179 00, gestita dall’omonimo Ente morale/Congregazione religiosa).

**Attività riguardante l’intero anno solare 2021. Occorre tener conto, tuttavia che, a partire dal 22/07/2021, per effetto della DGR n. 470/2021, la Struttura ha assunto la nuova denominazione di Casa di Cura “Auxologico Roma – Buon Pastore” (cod. min. 120 301 00), gestita dalla Auxologico Roma Srl SB.

***Attività riguardante esclusivamente la Casa di Cura “Auxologico Roma – Buon Pastore” (cod. min. 120 301 00), gestita dalla Auxologico Roma Srl SB.

Per quanto riguarda la RSA, durante l'anno solare 2024, si sono registrati n. 77 nuovi ingressi e n. 84 dimissioni per la tipologia di trattamento "Mantenimento" ("R3") e n. 6 nuovi ingressi e altrettante dimissioni nel Nucleo Assistenziale Residenziale Intensivo (RSA "Intensiva" - NARI, "R1").

A.1.1 IL COMITATO CLINICO DI CONTROLLO DEL S.G.Q., DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA).

Per quanto attiene al *risk management* la struttura è organizzata in una *Direzione sanitaria* che, nel rispetto della normativa vigente, vigila e promuove specifiche azioni di prevenzione e gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e in un *Comitato clinico di Controllo del S.G.Q., del rischio clinico e delle Infezioni correlate all'Assistenza* (CC-ICA), che rappresenta un organo tecnico e di supporto alle attività di quest'ultima, nonché, di promozione di campagne tese al contenimento della diffusione di patologie infettive all'interno del complesso socio-sanitario, istituito in data 05/10/2021, ai sensi della Circolare del Ministero della Sanità n. 52/1985 "Lotta contro le infezioni ospedaliere" (pf. 2.1) - si veda Nota prot. n. 10/DS del 05/10/2021.

Così come previsto dal *Regolamento interno di organizzazione, gestione e controllo delle macro attività e del S.G.Q.*, il CC-ICA è composto dalle seguenti figure: "Direttore sanitario, Responsabile del coordinamento delle attività di gestione del rischio sanitario ex Legge 28 dicembre 2015, n. 208 e ss. mm. e ii. (Clinical Risk Manager)³, Responsabili Medici, Dirigenti medici di UU.OO., Coordinatori Infermieristici, Coordinatori del personale tecnico-sanitario di riabilitazione, eventuali referenti per la Qualità e altri componenti indicati dalla direzione sanitaria, ritenuti da quest'ultima funzionali, di volta in volta, per lo svolgimento delle ordinarie attività del Comitato stesso".

6

Le principali attività del CC-ICA sono quelle di coadiuvare la Direzione fornendo un supporto tecnico-scientifico per iniziative e progetti finalizzati all'implementazione di linee guida e raccomandazioni scientifiche, di procedure e protocolli inerenti al ciclo assistenziale, alla gestione del Sistema Qualità aziendale e del rischio clinico, *in primis*, la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Il CC-ICA presiede anche alle attività di valutazione degli esiti di miglioramento della qualità e approva il *Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS)* che garantisce, tra l'altro, il monitoraggio, oltre che delle ICA, anche degli eventi avversi/eventi sentinella/*near misses*/segnalazioni cadute e degli indicatori di attività, qualità ed esito.

Ulteriore finalità del CC-ICA è quella di agevolare la diffusione e l'utilizzo delle linee guida/protocolli/*panel* predisposti dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Inoltre, contribuisce affinché vengano predisposte con gli operatori documenti, istruzioni, raccomandazioni e regolamenti orientati al miglioramento continuo dei processi di assistenza, diagnosi e cura. In sintesi, sulla base della normativa vigente e dei documenti di indirizzo regionali adottati, le principali funzioni del CC-ICA, a supporto e in condivisione con il direttore sanitario, sono così sintetizzabili:

- a. Definizione della strategia di lotta alle ICA all'interno della specifica sezione del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS), in armonia con gli obiettivi generali definiti a livello regionale.
- b. Monitoraggio dell'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo delle ICA e valutazione della loro efficacia.
- c. Promozione di interventi di formazione sul tema delle ICA.
- d. Promozione di indagini annuali di prevalenza delle ICA e diffusione agli operatori dei risultati ottenuti.
- e. Predisposizione di procedure/istruzioni operative in collaborazione con i clinici.

³ Il CRM è anche il Presidente del CC-ICA.

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

- adozione di regole e raccomandazioni sull'uso degli antibiotici, promuovendo la scelta del farmaco più adatto, al dosaggio corretto, per la durata ottimale e con la via di somministrazione più appropriata ed evitando l'uso inappropriato di antibiotici (per esempio, in infezioni virali o per trattamenti non necessari); ciò al fine di garantire una terapia efficace per i pazienti con infezioni batteriche e ridurre la mortalità, la morbidità e la durata della degenza;
- individuazione di indicatori e metodi di monitoraggio dell'uso degli antibiotici;
- previsione di una reportistica periodica sull'uso di antibiotici;
- audit sull'uso degli antibiotici;
- interventi di formazione del personale sanitario sull'uso corretto degli antibiotici;
- riduzione effettiva della resistenza antimicrobica, limitando lo sviluppo e la diffusione di ceppi batterici resistenti attraverso un uso razionale degli antibiotici.

Ogni anno, inoltre, possono essere istituiti ulteriori sottogruppi tecnici in linea con le priorità delineate dal PARS, al fine di rispondere alle esigenze emergenti della Struttura e affrontare potenziali nuovi rischi della Struttura. Il CC-ICA, ai sensi della normativa vigente, è tenuto a riunirsi almeno n. 4 (quattro) volte nell'arco dell'anno solare.

Sotto il profilo organizzativo della Struttura si evidenzia, inoltre che:

- gli esami di diagnostica e colturali per l'individuazione delle ICA vengono effettuati dal D.to di "*Scienze di Laboratorio e infettivologiche. Microbiologia e Virologia*" del Policlinico Universitario Fondazione IRCCS "Agostino Gemelli" di Roma (attività in service), che costituisce, di fatto, il *Laboratory Information System* (LIS) della Struttura.
- La Casa di Cura ha stipulato una convenzione con l'INMI "Lazzaro Spallanzani" di Roma per la sorveglianza sanitaria sulle infezioni da *Mycobacterium tuberculosis* ovvero altre patologie infettive anche di origine non nosocomiale.
- La sorveglianza per la legionellosi è curata da una ditta esterna che utilizza, quale sistema principale di prevenzione, l'immissione nell'impianto idrico di un prodotto a base di biossido di cloro stabile.
- La Direzione sanitaria, nell'ambito delle attività regionali di sorveglianza sanitaria, è in contatto diretto con il *Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle Malattie Infettive* (SeRESMi).
- La struttura sanitaria è dotata di una stanza di isolamento e adotta specifiche procedure/ protocolli/istruzioni operative per la prevenzione e la gestione delle patologie infettive.
- In tutta la struttura sono stati posizionati n. 208 dispenser di gel idroalcolico, con sistema "a cartuccia", in corrispondenza di ciascun posto letto/punto di assistenza (Casa di Cura, RSA e locale Palestra riabilitativa), oltre a circa n. 50 dispenser di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani collocati nelle aree comuni.
- In tutte le UU.OO. della Casa di Cura e della RSA, nonché, in diverse aree comuni, compreso l'ingresso principale della struttura, sono stati affissi complessivamente n. 60 poster su supporto forex della grandezza di 100 cm x 70 cm, riguardanti i seguenti temi:
 - ✓ come lavarsi le mani con acqua e sapone (come da indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS/WHO);
 - ✓ come frizionare le mani con la soluzione alcolica (come da indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS/WHO);
 - ✓ i 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani (come da indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS/WHO);
 - ✓ l'importanza dell'etichetta respiratoria e i principali comportamenti da seguire per contrastare la diffusione delle patologie infettive, in generale, e del virus Sars-CoV-2, in particolare.

Analogo materiale informativo è costantemente rappresentato, inoltre, anche sul maxi schermo posizionato in prossimità dell'ingresso principale della Casa di Cura, attraverso una serie di immagini sequenziali riguardanti i succitati argomenti, e che costituiscono un video periodicamente aggiornato dalla dal *Clinical Risk Manager* della Struttura.

Sorveglianza e monitoraggio delle ICA e degli eventi sentinella/eventi avversi di natura infettiva.

Premesso che per Infezione Correlata all'Assistenza (ICA) si definisce *"l'infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non era manifesta né in incubazione al momento del ricovero. Ciò vale anche per le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e per le infezioni occupazionali tra il personale della struttura"* (WHO), l'organizzazione sanitaria, ai fini di ottemperare al Decreto del Ministero della Salute (DMS) del 07/03/2022, recante oggetto: *"Revisione del sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)"*, pubblicato nella G.U., Serie Generale n. 82 del 07/04/2022, e del Decreto del Ministero della Salute del 22/07/2022, recante oggetto: *"Modifica del decreto 7 marzo 2022 concernente il Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)"*, pubblicato nella G.U. n. 208 del 06/09/2022 e ss. mm. e ii., è tenuta a comunicare alla Direzione Sanitaria - entro le tempistiche e le modalità previste per legge - ogni caso di accertata prima diagnosi di ICA che si dovesse verificare all'interno del complesso sanitario e socio-sanitario, impiegando l'apposita Scheda di segnalazione delle infezioni, CDC_MOD_ica, rev. 02 (**allegato n. 1**: si veda anche Nota prot. n. 34/DS del 28/08/2024).

Ai sensi del DMS 07/03/2022 e ss. mm. e ii., nel 2024, sono state regolarmente trasmesse al SISP dell'ASL di competenza (ASL Roma 1) n. 12 (dodici) notifiche di malattie infettive.

L'organizzazione sanitaria è inoltre al corrente che, qualora l'evento infettivo dovesse presentare le caratteristiche di evento avverso/evento sentinella (parimenti agli altri eventi connessi al rischio clinico) dovrà inoltrare la segnalazione anche al *Clinical Risk Manager* per le trasmissioni del caso, utilizzando la Scheda di *"Segnalazione (incident reporting) di evento sentinella/evento avverso/near miss (quasi evento) e/o di caduta con danno (evento avverso) o senza danno (near miss)"* (CDC_MOD_ire, **allegato n. 2**), in base all'ultima versione licenziata (rev. 03: Nota prot. DS n. 28 del 31/05/2024, rev. 03), valida ai fini dell'inserimento nella piattaforma SIRES per alimentare il flusso nazionale SIMES⁴, relativamente agli incidenti verificatisi all'interno della Struttura in ossequio agli adempimenti previsti dalla normativa vigente.

Infine, sono nella disponibilità del personale sanitario e socio-sanitario di tutte le UU.OO. (sia in formato cartaceo che elettronico nella piattaforma intranet aziendale), tra gli altri, i seguenti documenti S.G.Q. (istruzioni operative, protocolli, procedure, etc.), nelle loro ultime versioni licenziate dal CC-ICA e regolarmente adottate dalla Direzione sanitaria della Struttura con apposito provvedimento:

- Istruzione operativa sulla prevenzione e gestione del rischio biologico (CDC_ISO_bio).
- Istruzione operativa sulla sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE/CRE) e sull'uso appropriato degli antibiotici (CDC_ISO_cre).
- Protocollo sull'isolamento del paziente con infezione da clostridium difficile (CDC_PRT_cdi).
- Istruzione operativa per la prevenzione e il controllo della legionellosi (CDC_ISO_leg).
- Protocolli per la profilassi delle parassitosi: scabbia, pediculosi del corpo, del cuoio capelluto e del pube (CDC_PRT_par).
- Istruzione operativa sulle modalità di esecuzione e trasporto dei prelievi ematici e campioni biologici (CDC_ISO_lab).
- Istruzione operativa per la diagnosi precoce di infezione di protesi articolare (CDC_ISO_ipa).

⁴ Il Sistema Informativo nazionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella e alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

- Protocollo per la prevenzione e il controllo delle infezioni da acinetobacter baumannii (CDC_PRT_aci).
- Procedura sulla gestione dei rifiuti ospedalieri (CDC_PRO_rif).
- Procedura sulla gestione delle operazioni di igiene e sanificazione degli ambienti ospedalieri (CDC_PRO_san).
- Protocollo sul corretto utilizzo dell'autoclave per la sterilizzazione dei presidi medico-chirurgici (CDC_PRT_aut).
- Piano di Autocontrollo sulla sicurezza alimentare ai sensi del Regolamento CE n. 852/2004 e ss. mm. e ii. (HACCP). Gestione del vitto nei piani di degenza (CDC_PRO_paa).
- *Manuale* tascabile sui protocolli sanitari standard e sulla sicurezza delle cure predisposto dal Gruppo di lavoro interaziendale coordinato dal *Clinical Risk Manager*.

• Scheda per la valutazione del coefficiente di rischio infettivologico e per lo *screening* infettivologico all'ingresso (CDC_MOD_vis).

Sono nella disponibilità del personale dell'U.O. (sia in formato cartaceo che elettronico nella piattaforma intranet aziendale), tra gli altri, i seguenti documenti S.G.Q. (istruzioni operative, protocolli, procedure, etc.), nelle loro ultime versioni licenziate dal CC-ICA e regolarmente adottate dalla Direzione sanitaria della Struttura con apposito provvedimento:

- Istruzione operativa sulla prevenzione e gestione del rischio biologico (CDC_ISO_bio).
- Istruzione operativa sull'identificazione e la gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto (CDC_ISO_sep).
- Istruzione operativa sulla sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CRE/CPE) e sull'uso appropriato degli antibiotici (*Antimicrobial stewardship*), CDC_ISO_cre.
- Protocollo sull'isolamento del paziente con infezione da clostridium difficile (CDC_PRT_cdi).
- Istruzione operativa per la prevenzione e controllo della legionellosi e la qualità dell'acqua del sistema idrico (CDC_ISO_leg).
- Protocolli per la profilassi delle parassitosi: scabbia, pediculosi del corpo, del cuoio capelluto e del pube, CDC_PRT_par.
- Istruzione operativa sulle modalità di esecuzione e trasporto dei prelievi ematici e campioni biologici (CDC_ISO_lab).
- Istruzione operativa per la diagnosi precoce di infezione di protesi articolare (CDC_ISO_ipa).
- Protocollo per la prevenzione e il controllo delle infezioni da acinetobacter baumannii (CDC_PRT_aci).
- Procedura sulla gestione dei rifiuti ospedalieri (CDC_PRO_rif).
- Procedura sulla gestione delle operazioni di igiene e sanificazione degli ambienti ospedalieri (CDC_PRO_san).
- Protocollo sul corretto utilizzo dell'autoclave per la sterilizzazione dei presidi medico-chirurgici (CDC_PRT_aut).
- Piano di Autocontrollo sulla sicurezza alimentare ai sensi del Regolamento CE n. 852/2004 e ss. mm. e ii. (HACCP). Gestione del vitto nei piani di degenza (CDC_PRO_paa).
- *Manuale* tascabile sui protocolli sanitari standard e sulla sicurezza delle cure predisposto dal Gruppo di lavoro interaziendale coordinato dal *Clinical Risk Manager*.

A.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.

(eventi occorsi dall'01/01/2024 al 31/12/2024; ricognizione eseguita ai sensi dell'art. 2, comma 5 della Legge n. 24/2017).

Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi ci si è attenuti al documento *"Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"*, adottato con Determinazione regionale n. G12355 del 25/10/2016, e, da ultimo, alla Determinazione regionale n. G09850 del 20/07/2021 *"Adozione del Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"*.

A partire dall'01/01/2024 al 31/12/2024 si sono verificati complessivamente n. 43 (quarantatré) eventi, tutti regolarmente registrati sul portale regionale Sistema Regionale di Segnalazione (SI.RE.S.) mediante la già citata Scheda di *incident reporting* (CDC_MOD_ire) adottata e recentemente aggiornata dall'organizzazione, così suddivisi:

per tipologia

- caduta: n. 39 (90,8%);
- farmaci (*adverse drug reaction*, ADR): n. 1 (2,3%);
- altro: n. 3 (6,9%).

per gravità

- *near misses* (quasi eventi): n. 28 (65,2%);
- lieve: n. 11 (25,6%);
- moderato: n. 3 (6,9%);
- severo (evento sentinella): n. 1 (2,3%);
- *exitus* (evento sentinella): n. 0 (0,0%).

10

I principali fattori causali/contribuenti sono da ascrivere a ragioni connesse alla mancata osservanza di procedure/non corretta comunicazione tra operatore e paziente (n=17; 39,5%), a cause strutturali (n=12; 27,9%) e organizzative (n=13; 30,2%). Nessun evento è stato ascritto a motivazioni di natura tecnologica.

Si precisa che, nell'ambito della registrazione sulla piattaforma SI.RE.S., gli eventi sono vengono classificati in base alle seguenti tipologie:

- caduta;
- dispositivi medici;
- farmaci;
- emotrasfusionale;
- atti di violenza a danno di operatore;
- altre cause.

La distribuzione per tipologia di evento e principali fattori causali/contribuenti vengono riportati nella successiva Tabella.

PUNTO A.2, TABELLA 5 – EVENTI SEGNALATI NEL 2023, AI SENSI DELL'ART. 2, CO. 5 DELLA LEGGE 08/03/2017, N. 24 E DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G00643 DEL 25/01/2022.

Tipo di evento ⁵	N. e % sul totale degli eventi	Principali fattori causali/ contribuenti	Azioni migliorative	Fonte del dato
Near Misses	n. 28 (65,2%) di cui n. 26 cadute accidentali senza danno e n. 2 per "altre cause".	Strutturali (n=12; 27,9%); Tecnologici (n=0; 0,0%); Organizzativi (n= 13; 30,2%); Procedure/ Comunicazione (n=17; 39,5%).	Si veda pf. A.4.	Sistemi di <i>reporting</i> (100 %); Sinistri (0 %); Emovigilanza (0 %); Farmacovig. (0 %); Dispositivovig. (0 %).
Eventi Avversi	n. 14 (32,5%) di cui n. 11 cadute accidentali con danno lieve e n. 3 eventi con danno moderato.			
Eventi Sentinella	n. 1 (2,3%)			

In particolare, i casi classificati come *near misses* (n=28) sono imputabili quasi esclusivamente all'evento "*caduta accidentale senza danno*" (n=26), oltre a n. 2 casi dovuti a errori nelle operazioni di organizzazione/distribuzione/sporzionamento del vitto; dei n. 14 casi di *evento avverso* registrati, invece, n. 11 sono ascrivibili a "*caduta accidentale con danno lieve*" (per esempio, ecchimosi, contusione, ferita lacero-contusa senza sanguinamento rilevante), n. 2 a "*caduta accidentale con danno moderato*" (per esempio, trauma cranico); tra i casi con danno moderato si registra, infine, un ulteriore evento segnalato per "farmaci" (adverse drug reaction, ADR).

Si segnala, infine, n. 1 evento sentinella, con danno severo, cui è seguita una regolare attività di *audit* e *root cause analysis* da parte del CRM e di un *Team* multidisciplinare, all'uopo costituito, con predisposizione di uno specifico "Piano di Miglioramento" e successiva implementazione/verifica delle misure correttive individuate.

⁵ Dal Glossario pubblicato sul portale del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo web (ultimo accesso: febbraio 2024): http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza&tab=5:

Evento avverso (*adverse event*): evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

Evento avverso da farmaco (*adverse drug event*): qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono: eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi da farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR).

Evento evitato (*near miss* o *close call*): errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento sentinella (*sentinel event*): evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

N.B. Si veda anche Determinazione della Regione Lazio n. G09850 del 20/07/2021, recante oggetto: "Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella", con particolare riferimento ai paragrafi 4.0 e 5.0.

PUNTO A.2, TABELLA 6 – SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO AI SENSI DELL'ARTICOLO 4, COMMA 3 DELLA LEGGE N. 24 DELL'08/03/2017 E DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G00643 DEL 25/01/2022.

Anno	Numero di sinistri aperti	Numero sinistri liquidati**	Risarcimenti erogati (€/mil.)**
2021*	1	0	0
2022	5	0	0
2023	1	1	0,125
2024	0	0	0
Totale	7	1	1

*A partire dal 22/07/2021, data di acquisizione ufficiale della Casa di Cura da parte dell'Auxologico Roma Srl Società Benefit.

**Sinistri liquidati e risarcimenti erogati riguardanti la CdC "Auxologico Roma – Buon Pastore" (cod. NSIS 120 301) relativi al rischio sanitario e x Legge n. 24 dell'08/03/2017 e ss. mm. e ii., esclusi quelli riferiti ad altra gestione e/o a danni di altra natura (e.g., smarrimento effetti personali, danni a cose, contenziosi di natura economico-amministrativa, etc.).

A.3 DESCRIZIONE SINTETICA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

PUNTO A.3, TABELLA 7 EX DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G00643 DEL 25/01/2022.

ANNO	POLIZZA (SCADENZA)	COMPAGNIA ASSICURATIVA	MASSIMALE	FRANCHIGIA	BROKERAGGIO
2021	RCT/O (06/11/2021)	Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.	€ 1.000.000,00 per sinistro	€ 5.000,00 (danni a persone) € 1.500,00 (danni a cose)	AON S.p.A.
2022	RCT/O (06/11/2022)	Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.	€ 1.000.000,00 per sinistro	€ 5.000,00 (danni a persone) € 1.500,00 (danni a cose)	AON S.p.A.
2023	RCT/O (06/11/2023)	Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.	€ 1.000.000,00 per sinistro	€ 5.000,00 (danni a persone) € 1.500,00 (danni a cose)	AON S.p.A.
2024	RCT/O (06/11/2024)	Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.	€ 1.000.000,00 per sinistro	€ 5.000,00 (danni a persone) € 1.500,00 (danni a cose)	AON S.p.A.
2025	RCT/O (31/12/2025)	Generali Italia S.p.A.	€ 5.000.000,00 per sinistro	€ 10.000 (danni a persone) € 1.000,00 (danni a cose)	AON S.p.A.

A.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.

Nelle successive schede si riportano nel dettaglio, le attività svolte in relazione agli obiettivi prestabiliti nel Piano dell'anno precedente.

Ulteriori azioni di miglioramento promosse/attuare sono descritte nei verbali del *Comitato di Controllo del rischio clinico, del S.G.Q. e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)*, ai quali si rimanda, e che nell'anno 2024 si è riunito - conformemente alla normativa vigente – in n. 4 (quattro) distinte occasioni:

- I seduta annuale del 26/01/2024 (verbale: si veda Nota prot. n. 04/DS del 29/01/2024), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 03/DS del 19/01/2024);
- II seduta annuale del 17/05/2024 (verbale: si veda Nota prot. n. 25/DS del 17/05/2024), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 21/DS del 18/04/2023);
- III seduta annuale del 17/09/2024 (verbale: si veda Nota prot. n. 42/DS del 18/09/2024), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 38/DS del 04/09/2024);
- IV seduta annuale del 13/12/2024 (verbale: si veda Nota prot. n. 56/DS del 25/10/2024), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 62/DS del 16/12/2024).

A margine, si evidenzia che nel corso dell'anno solare 2024:

- si è provveduto a una serie di interventi di sanificazione straordinaria delle aree di degenza valutate a più alto rischio d'infezioni correlate all'assistenza (*in primis* U.O. di Lungodegenza medica), mediante un sistema di disinfezione con perossido di idrogeno nebulizzato, di cui esistono numerose e robuste evidenze scientifiche circa l'efficacia anche per l'eliminazione delle spore, con particolare riferimento al *clostridium difficile*.
- È stato redatto e pubblicato un opuscolo informativo da consegnare ai familiari e ai caregiver dei Sigg. Pazienti della Casa di Cura e dei Sigg. Ospiti della RSA dal titolo: "Come evitare la trasmissione di enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) e interagire in sicurezza con i pazienti colonizzati?" e il collegato "Patto di condivisione del rischio infettivologico".
- Sono state introdotte in alcune UU.OO. le sacche di urina sterili a circuito chiuso, dotate di valvola anti reflusso e scarico a croce e punto prelievo al fine di ridurre l'incidenza delle infezioni delle vie urinarie (IVU/UTI/CAUTI) e migliorare le modalità di esecuzione di urinocolture sterili in presenza di catetere vescicale, specie se permanente.
- È stata predisposta l'istruzione operativa "*Identificazione e gestione iniziale di sospetta o accertata sepsi/shock settico nel paziente adulto*" (comprensiva di ampi richiami anche alla successiva fase di gestione del paziente in ambiente protetto ospedaliero per acuti, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche).
- Sono stati aggiornati/revisionati numerosi documenti SGQ riguardanti sia il rischio infettivo/biologico (per esempio: "Istruzione operativa sulla sorveglianza e il controllo degli Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE/CRE) e sull'uso appropriato degli antibiotici (Antimicrobial stewardship)"; Scheda di valutazione e screening infettivologico all'ingresso"; Istruzione operativa sulla prevenzione e controllo della legionellosi e sul monitoraggio della qualità dell'acqua", etc.), che le istruzioni operative collegate alle Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza delle cure (per esempio: "Istruzione operativa sulla prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica"; "Istruzione operativa per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "Look-Alike/Sound-Alike" (LASA) e Farmaci ad Alto Livello di Attenzione (FALA)"; "Istruzione operativa per la prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli"; "Istruzione operativa per la manipolazione delle forme farmaceutiche orali solide", etc.).

A.6.2 OBIETTIVI E ATTIVITÀ (esclusa gestione del rischio infettivo).

DESCRIZIONE	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE
ATTIVITÀ 1 PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI SPECIFICA ATTIVITÀ FORMATIVA DEL PERSONALE SANITARIO SU TEMI INERENTI AL RISCHIO CLINICO E OCCUPAZIONALE.	SI	Nel mese di aprile 2024 è stato eseguito un Corso di formazione residenziale aziendale per i formatori e gli osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani, ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26/02/2021, propedeutico allo svolgimento dello Studio osservazionale sulla pratica per la valutazione dell'adesione degli operatori sanitari e socio-sanitari alla pratica dell'igiene delle mani, regolarmente svoltosi nel mese di maggio 2024. Sono state tenute, inoltre, due edizioni del Corso di formazione residenziale aziendale sul tema del <i>Conflict Management</i> tra i cui obiettivi principali vi è stato quello di sviluppare nei partecipanti atteggiamenti positivi nella gestione delle relazioni interpersonali, per prevenire possibili situazioni conflittuali, sia sul posto di lavoro tra colleghi, sia, soprattutto, tra operatori sanitari e pazienti/ ospiti/ familiari/ caregiver, utilizzando al meglio le proprie competenze emotive e le adeguate tecniche di comunicazione, con il precipuo scopo di eliminare o, almeno, ridurre possibili episodi di violenza (Raccomandazione del Ministero della Salute n. 8 "Prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"; evento sentinella n. 12 "Atti di violenza a danno di operatore").
ATTIVITÀ 2 PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'USO DEGLI STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO.	SI	È stato costituito un <i>Team</i> multidisciplinare per lo svolgimento di un <i>audit</i> (<i>Significant Event Audit</i> , SEA), con approccio reattivo, coordinato dal Responsabile medico della RSA e dal <i>Clinical Risk Manager</i> , riguardante l'unico evento sentinella occorso in Struttura nel corso dell'anno solare. Le metodologie/tecniche impiegate durante l'audit sono state: <i>Root Cause Analysis</i> (RCA), diagramma causa-effetto di Ishikawa, metodo dei "5 perché", brainstorming. Successivamente all'individuazione dei fattori contribuenti e delle cause profonde è stato implementato un articolato "Piano di Miglioramento" in ordine alla metodologia della Ruota di Deming - PDCA (<i>Plan – Do – Check – Act</i>). Si vedano: Nota prot. n. 56/DS del 13/11/2024, Nota prot. n. 58 del 25/11/2024 e Nota prot. n. 6 del 30/01/2025.
ATTIVITÀ 3 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE PERCEPITA DAGLI UTENTI.	SI	È stato puntualmente redatto e pubblicato sia sul sito web istituzionale (www.auxologico.it) che sulla piattaforma intranet della Casa di Cura ("AuxoRoma.net" all'indirizzo: http://172.16.2.17/), il <i>report</i> sulla qualità percepita (<i>customer satisfaction</i>), relativa all'anno 2023, comprendente specifiche aree di indagine riguardanti la rilevazione della qualità dell'assistenza sanitaria prestata, suddivisa per singola categoria professionale (medico, infermiere, operatore socio-sanitario, personale tecnico-sanitario della Riabilitazione, etc.). Da evidenziare inoltre che, nell'ambito del questionario somministrato, è stata prevista una sezione dedicata alle segnalazioni comprese quelle inerenti alla sicurezza clinica e a eventuali disservizi organizzativo-assistenziali.

A.6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ (a esclusione della gestione del rischio infettivo).		
ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE
ATTIVITÀ 4 MONITORAGGIO, CORRETTA ALIMENTAZIONE E ANALISI DEL FLUSSO SIREs (SIMEs) SECONDO IL PROTOCOLLO REGIONALE PER LA SEGNALEZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI E NEAR MISS.	SI	<p>Nell'anno 2024 le informazioni destinate al flusso nazionale SIMEs sono state regolarmente acquisite dal <i>Clinical Risk Manager</i> della Struttura su segnalazione degli operatori sanitari della Casa di Cura e della RSA, attraverso la già richiamata scheda di <i>incident reporting</i> (CDC_MOD_ire, allegato n. 2), e puntualmente trasmesse sulla piattaforma regionale, recentemente aggiornata, SI.RE.S. (per il riepilogo dei risultati si veda anche il pf. A.2 del presente documento). Inoltre, con riferimento all'implementazione delle 19 Raccomandazioni del Ministero della Salute sulla sicurezza delle cure, si è regolarmente provveduto all'inserimento dei documenti S.G.Q. applicabili e vigenti nella Casa di Cura/RSA, sull'apposita piattaforma AGENAS, in merito al "Monitoraggio annuale AGENAS sulla implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella. Riapertura dei termini per l'anno 2024", con esito "positivo".</p> <p>Infine, è stato regolarmente trasmesso, nel rispetto dei termini prestabiliti, il debito informativo richiesto sulla specifica piattaforma predisposta da AGENAS, in ordine alle Note della Regione Lazio prot. n. 1286648 del 18/10/2024, prot. n. 144048 del 22/11/2024 e prot. n. 1500445 del 05/12/2024, recanti oggetto: "Compilazione del questionario riguardante la sicurezza e il rischio clinico sulla Piattaforma Informatica Agenas, ai sensi del DM 19/12/2022 - Edizione 2024 (dati 2023)".</p>
ATTIVITÀ 5 PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI PER L'ANALISI/VALUTAZIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO.	SI	<p>È stata eseguita, nel corso dell'anno solare, una mappatura di analisi proattiva del rischio clinico secondo la metodologia <i>Health Failure Mode and Effect Analysis</i> (HFMEA)/<i>Failure Mode and Effect Criticality Analysis</i> (HFMECA) in armonia, peraltro, con quanto previsto dal 6° Criterio/fattore di qualità "Adeguatezza clinica e sicurezza", con particolare riferimento al p.to 6.3 "Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi" di cui al DCA n. 469/2017 (si veda anche Nota prot. n. 04/DS del 28/01/2025).</p>

A.7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ SULLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.																																											
ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE																																									
ATTIVITÀ 1 IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024, AI SENSI DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G02044 DEL 26/02/2021 “ADOZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI”.	SI	<p>Nel 2024 sono state regolarmente implementate le azioni prestabilite dal <i>Piano annuale di azione locale sull'igiene delle mani</i> in ordine alle modalità e alle tempistiche dallo stesso definite, nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi di cui alla Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26/02/2021.</p> <p>N.B. In occasione della Seduta del CC-ICA del 07/02/2025, è stato approvato il <i>Piano annuale di azione locale sull'igiene delle mani 2025</i>, redatto dal <i>Clinical Risk Manager</i>. Il Piano, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente documento, viene riportato in Appendice (si veda Appendice n. 1).</p>																																									
ATTIVITÀ 2 ESECUZIONE DI UN'INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE DELLE ICA.	SI	<p>L'indagine di prevalenza puntuale delle ICA, la cui impostazione e organizzazione è stata preliminarmente discussa e condivisa in sede di CC-ICA, si è regolarmente svolta a seguito di adeguata formazione del personale sanitario e impiegando una specifica scheda tecnica di rilevazione, modificata e adattata al contesto della Struttura, a partire dal <i>format</i> elaborato, nel 2016, dall'<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>, ECDC (si veda allegato n. 3).</p> <p>Nello specifico, la rilevazione è stata condotta da diversi <i>team</i> composti da n. 1 medico e n. 2 infermieri, in tutte le UU.OO. della Casa di Cura e della RSA, nei giorni indice (GI) 25-28/11/2024. I risultati, illustrati anche in sede di CC-ICA, sono stati i seguenti:</p> <table><tr><th>INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 22-23/11/2023</th><th>CASI (N)*</th><th>PAZIENTI/OSPITI PRESENTI NEI GI TOT. (N)</th><th>PREVALENZA (%)</th></tr><tr><td colspan="4">CASA DI CURA</td></tr><tr><td>RIABILITAZIONE</td><td>1</td><td>41</td><td>2,4</td></tr><tr><td>LUNGODEGENZA MEDICA</td><td>5</td><td>47</td><td>10,6</td></tr><tr><td>SUB. TOT.</td><td>6</td><td>88</td><td>6,8</td></tr><tr><td colspan="4">RSA</td></tr><tr><td>MANTENIMENTO</td><td>3</td><td>98</td><td>3,0</td></tr><tr><td>INTENSIVA (NARI)</td><td>0</td><td>10</td><td>0</td></tr><tr><td>SUB. TOT.</td><td>3</td><td>108</td><td>2,7</td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>9</td><td></td><td>4,6</td></tr></table>		INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 22-23/11/2023	CASI (N)*	PAZIENTI/OSPITI PRESENTI NEI GI TOT. (N)	PREVALENZA (%)	CASA DI CURA				RIABILITAZIONE	1	41	2,4	LUNGODEGENZA MEDICA	5	47	10,6	SUB. TOT.	6	88	6,8	RSA				MANTENIMENTO	3	98	3,0	INTENSIVA (NARI)	0	10	0	SUB. TOT.	3	108	2,7	TOTALE	9		4,6
INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 22-23/11/2023	CASI (N)*	PAZIENTI/OSPITI PRESENTI NEI GI TOT. (N)	PREVALENZA (%)																																								
CASA DI CURA																																											
RIABILITAZIONE	1	41	2,4																																								
LUNGODEGENZA MEDICA	5	47	10,6																																								
SUB. TOT.	6	88	6,8																																								
RSA																																											
MANTENIMENTO	3	98	3,0																																								
INTENSIVA (NARI)	0	10	0																																								
SUB. TOT.	3	108	2,7																																								
TOTALE	9		4,6																																								
ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE																																									

<p>ATTIVITÀ 3</p> <p>DEFINIZIONE, IMPLEMENTAZIONE E CONSOLIDAMENTO DELLE MISURE DI CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE NOSOCOMIALE DELLE INFEZIONI DA LEGIONELLA.</p>	<p>SI</p>	<p>È stato osservato il <i>Piano di autocontrollo locale del rischio di legionellosi</i> di cui al pf. 11 dell'Istruzione operativa "<i>Prevenzione e controllo della legionellosi e monitoraggio della qualità dell'acqua dell'impianto idrico interno</i>" (CDC_ISO_leg), redatta ai sensi delle Linee guida del Ministero della Salute sulla prevenzione e controllo della legionellosi, della DGR n. 460 del 28/06/2024 e del Decreto Legislativo n. 18 del 23/02/2023.</p> <p>È stata confermata la valutazione del rischio effettuata da personale specializzato (si veda anche DVR aziendale).</p> <p>È attivo un sistema di disinfezione continua dell'impianto idrico della struttura con biossido di cloro stabile quale misura principale di prevenzione e controllo della contaminazione da Legionella.</p> <p>Eventuali criticità sono state risolte mediante flussaggio <i>shock</i> con biossido di cloro stabile.</p> <p>Nell'anno 2024 non è stato accertato nessun caso di infezione nosocomiale all'interno della Struttura.</p> <p>È stata aggiornata la scheda di sorveglianza/rilevazione della legionellosi, così come stabilito dal pf. 5 "Modalità di segnalazione" di cui alla DGR n. 460/2024 (flusso "SERESMI").</p>
<p>ATTIVITÀ 4</p> <p>DEFINIZIONE, IMPLEMENTAZIONE E CONSOLIDAMENTO DELLE MODALITÀ DI RACCOLTA E FLUSSO DEI DATI PER IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE/REGIONALE DELLE BATTERIEMIE DA KLEBSIELLA PNEUMONIAE ED ESCHERICHIA COLI RESISTENTI A UN CARBAPENEMICO E/O PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI E DI SORVEGLIANZA ATTIVA MEDIANTE TAMPONE RETTALE DELLE INFEZIONI/COLONIZZAZIONI DA ENTEROBATTERI RESISTENTI A CEFTAZIDIME/AVIBACTAM.</p>	<p>SI</p>	<p>In considerazione della recente evoluzione del dettato normativo in materia di notifica degli eventi infettivi, nonché, in ragione dell'acquisizione di nuovi aggiornamenti riguardanti le più recenti strategie per contrastare la diffusione dei microorganismi resistenti ai carbapenemi (CPE/CRE), <i>in primis</i>, il "<i>Manuale di implementazione per prevenire e controllare la diffusione di organismi resistenti ai carbapenemi a livello nazionale e nelle strutture sanitarie</i>", a cura del Ministero della Salute, nonché, la Circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17/01/2020, nel corso del 2024, è stata aggiornata sia l'<i>Istruzione operativa sulla sorveglianza e il controllo degli Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE/CRE) e sull'uso appropriato degli antibiotici (Antimicrobial stewardship)</i>", CDC_ISO_cre, rev. 01 del 30/08/2024, sia la "<i>Scheda di valutazione e screening infettivologico all'ingresso</i>", CDC_MOD_vsi, rev. 01 del 30/08/2024, per cui è stata introdotta una specifica sezione relativa alla sorveglianza delle infezioni/colonizzazioni da CPE/CRE.</p> <p>È stato regolarmente effettuato il monitoraggio delle batteriemie da K. pneumoniae ed E. coli resistenti ai carbapenemi e/o prodotti di carbapenemasi e delle infezioni/colonizzazioni resistenti a ceftazidime/avibactam.</p>

		In particolare, nel corso dell'anno solare 2024, sulla base dei dati raccolti dal <i>Laboratory Information System</i> (LIS) della Casa di Cura (UOC "Microbiologia", Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" di Roma) il numero di batteriemie da CRE è stato pari a n. 1 caso, mentre il numero delle infezioni/colonizzazioni da enterobatteriacee resistenti a ceftazidime/avibactam segnalate è stato pari a n. 9 (allegato n. 4).
ATTIVITÀ 5 SVILUPPARE UN PROGRAMMA DI <i>ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP</i> FINALIZZATO AL CONTRASTO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI ATTRAVERSO UNA SERIE DI ATTIVITÀ MIRATE QUALI LA SENSIBILIZZAZIONE SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO DELLA CASA DI CURA.	SI	<p>L'organizzazione ha regolarmente ottemperato all'implementazione delle misure previste dal PNCAR per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PP10), in armonia con le indicazioni fornite dal Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) dell'ASL Roma 1. Si evidenzia, inoltre, che in tutte le UU.OO. della Casa di Cura e della RSA è presente copia cartacea, a colori, del Manuale antibiotici AWaRe (Access, Watch, Reserve), edizione italiana del <i>"The WHO AWaRe Antibiotic Book"</i>.</p> <p>Durante l'anno solare 2024, nell'ambito del programma di <i>Antimicrobial Stewardship</i> aziendale sono state svolte numerose attività, così come documentato nei verbali del CC-ICA, tra le quali si annoverano, a titolo esemplificativo e non esaustivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) l'analisi collegiale, in sede di CC-ICA, e consegna a tutti i partecipanti dei seguenti documenti in materia di antibiotico-resistenza e di appropriatezza sull'uso degli antibiotici: <ul style="list-style-type: none"> • "Libro Bianco sull'antimicrobico resistenza in Italia (una sfida improrogabile)" pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sull'Antimicrobico Resistenza" (ONRA); • "FAQ sull'Antibiotico-resistenza", riportate sul sito istituzionale del Ministero della Salute; • "5 cose da sapere per un uso appropriato degli antibiotici", documento stilato dalla FOI; • Report ECDC: "Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2022–2023"; • "Linee guida per la prevenzione delle infezioni del sangue e di altre infezioni associate all'uso di cateteri intravascolari" pubblicate dall'OMS/WHO; • "I 12 interventi prioritari nella salute umana, animale e ambientale" (c.d. "policy brief"), stilato dall'Osservatorio Europeo sui Sistemi e sulle Politiche Sanitarie; • Report annuale dell'AIFA "L'uso degli antibiotici in Italia – anno di riferimento 2022".

		<ul style="list-style-type: none"> • “A.S. - Aggiornamenti 2024 su CPE/CRE, Klebsiella P. ipervirulenta, Candida Auris”, comprendente il materiale didattico elaborato dalla Ufficio della Regione Lombardia “Formazione Sorveglianza Malattie Infettive” che consta dei seguenti contributi, aggiornati al mese di agosto 2024: <ul style="list-style-type: none"> o Enterobacterales resistenti ai carbapenemi (CPE/CRE): focus su strategie di sorveglianza e misure di Prevenzione e Controllo delle Infezioni. o Carbapenemase-Producing Enterobacterales (CPE). Aggiornamento sull'inquadramento microbiologico dei patogeni e rischi correlati, metodiche di laboratorio per diagnosi e sorveglianza. o Circolare del Ministero della Salute n. 23105 del 05/08/2024. Resistenza antimicrobica, Klebsiella pneumoniae ipervirulenta - situazione globale. o Candida Auris. Inquadramento microbiologico del patogeno e rischi correlati, metodiche di laboratorio per diagnosi e sorveglianza. o Candida Auris. Esperienze nazionali e internazionali, approccio nazionale per il controllo e la riduzione del rischio. o Tabella per il corretto uso degli antibiotici orali in presenza di insufficienza renale, con i relativi aggiustamenti della dose raccomandata a seconda dell'EG (adulti, pazienti in comunità). 2) Aggiornamenti costanti in tema di antibioticoterapia. 3) Monitoraggio annuale sul consumo di antibiotici. Per il consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg. degenza, come da definizione dell'OMS⁶, allo stato attuale, non è operativo un sistema di monitoraggio informatizzato che consenta una puntuale e precisa misura di tale stima, per singolo reparto e stratificato per famiglia di antibiotici secondo la classificazione ATC (J01).
--	--	---

⁶ DDD per 100 bed days: “The DDDs per 100 bed days may be applied when drug use by inpatients is considered. The definition of a bed day may differ between hospitals or countries. A common definition is: A bed day is a day during which a person is confined to a bed and in which the patient stays overnight in a hospital. Day cases (patients admitted for a medical procedure or surgery in the morning and released before the evening) are sometimes included as one bed day and sometimes excluded. The same definition of bed days should always be chosen when performing comparative studies. The figure 70 DDDs per 100 bed days of hypnotics provides an estimate of the therapeutic intensity and estimates that 70% of the inpatients receive one DDD of a hypnotic every day. This measure is applied in analyses of in-hospital drug use. This indicator is quite useful for benchmarking in and between hospitals” (Fonte: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit>, ultimo accesso: gennaio 2024).

	<p>È stata condotta, tuttavia, un'analisi valutativa, da parte del <i>Clinical Risk manager</i>, che ha stimato, in maniera empirica, il consumo medio di antibiotici dei reparti della Casa di Cura, basandosi su una serie di osservazioni in rapporto ai giorni di degenza totale e al consumo effettivo di antibiotici durante l'anno, che hanno condotto, con riferimento all'anno solare 2024, ai seguenti risultati:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consumo antibiotici U.O. di Lungodegenza medica, cod. 60: 29,8 DDD/100 gg. di degenza;• Consumo antibiotici U.O. di Recupero funzionale e Riabilitazione, cod. 56: 19,5 DDD/100 gg. di degenza.• Consumo antibiotici Casa di Cura: 23,3 DDD/100 gg. di degenza. <p>Si evidenzia, infine, che il consumo complessivo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, nell'anno 2024, comprendente sia le UU.OO. (RO) della Casa di Cura che i nuclei della RSA, è stato pari a 25,4 lt/1.000 gg. degenza, valore che soddisfa gli standard raccomandati dall'OMS (20 lt/1.000 gg. di degenza)⁷ e in leggero incremento rispetto al valore registrato l'anno precedente (22,1 lt/1.000).</p>
--	--

⁷ Vs 15,63 litri/1.000 Giornate di Degenza Ordinaria (GDO) registrato in Italia nel 2022 in ambito ospedaliero (consumo mediano nazionale di soluzione idroalcolica).

Per approfondimenti: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118430&fr=n.

A.5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Nel rispetto di quanto statuito dalla Determinazione regionale n. G00643 del 25/01/2022, la realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

1. *Clinical Risk Manager*: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. Direttore Sanitario/Presidente del CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A.7);
3. Responsabile U.O. Affari Legali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (Tabella 6 del punto A.2; punto A.3);
4. Direzione Strategica/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (e.g., tramite la definizione di specifici obiettivi di *budget*) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Ciò premesso, in virtù dell'attuale configurazione organizzativa della Casa di Cura, è stata predisposta, la seguente matrice delle responsabilità:

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO/ PRESIDENTE DEL CC-ICA*	CLINICAL RISK MANAGER (CRM)	U.O. AFFARI LEGALI	LEGALE RAPPRESENTANTE	DIRETTORE GENERALE	STRUTTURE DI SUPPORTO
Redazione PARS (eccetto: Tabella 6 del punto A.2; punti A.3 e A.7)	C	R	C	I	C	-
Redazione Tabella 6 del punto A.2 e punto A.3	I	I	R	I	C	-
Redazione punto A.7	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	C	I	I	R	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto A.7)	C	R	I	I	C	I
Monitoraggio punto A.7	R	C	I	I	C	C

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

*La figura del *Clinical Risk Manager* e del Direttore Sanitario coincidono.

Si precisa che i Responsabili medici e i Coordinatori Infermieristici e tutti i componenti del CC-ICA sono responsabili del corretto andamento delle attività clinico-assistenziali e contribuiscono attivamente al raggiungimento degli obiettivi ivi prefissati.

La Direzione, il *Clinical Risk manager* e il referente del S.G.Q. aziendale sono tenuti al controllo, al monitoraggio e alla verifica dell'avvenuta informazione e formazione di tutti gli attori coinvolti nelle operazioni finalizzate alla messa in regime di un sistema di gestione del rischio clinico, così come previsto dal presente Piano annuale.

A.6 OBIETTIVI E ATTIVITÀ

A6.1 OBIETTIVI

Obiettivo del PARS è quello di monitorare e ridurre tutti gli eventi che possono arrecare, anche solo potenzialmente, un danno o un grave disagio al paziente/ospite durante la sua permanenza all'interno della Struttura.

In particolare, in ossequio agli indirizzi normativi regionali e nazionali, gli obiettivi strategici del PARS sono i seguenti:

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.

ESEMPI:

- organizzazione di corsi di formazione;
- introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget dei reparti;
- utilizzo dell'intranet della struttura per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie.

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.

ESEMPI:

- progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di *risk assessment* (come l'*Incident Reporting*, il *Safety Walk Round* o l'analisi delle cartelle cliniche) o di *risk analysis* (come l'utilizzo degli *audit* di rischio clinico);
- elaborazione o revisione di procedure volte al recepimento di documenti nazionali e internazionali;
- attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti o di umanizzazione delle cure.

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

N.B. In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le relative attività, ad esclusione di quelli legati alla gestione del rischio infettivo per i quali si rimanda al successivo paragrafo A.7.

A.6.2 ATTIVITÀ

Oltre alle ordinarie attività da considerarsi mandatorie e, quindi, intrinseche nel razionale del presente Piano e, segnatamente:

- a. implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili;
- b. implementazione dei documenti regionali applicabili;
- c. revisione periodica, almeno triennale, delle procedure;
- d. partecipazione ai comitati (ad es.: Comitato Valutazione Sinistri, CC-ICA, Tavoli permanenti regionali sul rischio clinico, o, etc.);

in sintonia con gli obiettivi previsti dalla Determinazione Regionale n. G00643 del 25/01/2021 "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano annuale di Rischio sanitario (PARS)", gli ulteriori principali obiettivi/attività riguardanti la gestione del rischio sanitario individuate dall'organizzazione da implementare per l'anno solare in corso, sono singolarmente e dettagliatamente illustrate nelle successive tabelle.

ATTIVITÀ 1 – PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI SPECIFICA ATTIVITÀ FORMATIVA DEL PERSONALE SANITARIO SU TEMI INERENTI AL RISCHIO CLINICO E OCCUPAZIONALE.

OBIETTIVO A – DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

&

OBIETTIVO C - FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLA STRUTTURA.

INDICATORE

Esecuzione di almeno un'attività formativa rivolta agli operatori sanitari della Casa di Cura/RSA⁸ su tematiche inerenti al rischio clinico e occupazionale entro il 31/12/2024, privilegiando la partecipazione degli operatori sanitari e/o socio-sanitari neoassunti, promuovendo l'accreditamento dell'evento con il rilascio di crediti ECM.

FONTE - PROMOTORE

Responsabile della Formazione

STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/ATTIVITÀ PARZIALMENTE REALIZZATA/ATTIVITÀ NON REALIZZATA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Responsabile della formazione	CC-ICA
Progettazione	R	C
Accreditamento*	R	I
Esecuzione	R	C

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

*Anche non necessariamente svolto nell'ambito delle attività ECM, purché sia stato individuato un Responsabile scientifico dell'evento e rilasciato dalla Direzione, a ciascun discente, un attestato di partecipazione a seguito del superamento di un test per la verifica dell'apprendimento.

ATTIVITÀ 2 – PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'UTILIZZO DEGLI STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO.

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

&

OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.

RAZIONALE E INDICATORE

Eseguire nel corso dell'anno solare almeno n. 1 attività correlata all'utilizzo degli strumenti per l'identificazione del rischio sanitario (e.g., *briefing* sulla sicurezza, *safety walkaround* o giri per la sicurezza, *focus group*, revisione di cartelle cliniche, etc.) che coinvolga una o più Unità Operative della Struttura, con la supervisione/supporto del *Clinical Risk Manager*, al fine di agevolare, anche in un'ottica di *risk assessment*, l'adozione di possibili misure volte all'effettivo innalzamento dei livelli di sicurezza delle cure e dei processi clinico-assistenziali.

FONTE - PROMOTORE

Clinical Risk Manager (CRM)

STANDARD

Realizzazione di almeno n. 1 attività correlata all'utilizzo degli strumenti per l'identificazione/valutazione del rischio sanitario in una o più Unità operative della Struttura da condursi entro il 31/12/2024

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CRM	DS	CC-ICA
Conduzione dell' <i>audit</i> /altra att.	R	C	I
Analisi ed elaborazione del <i>report</i>	R	I	C
Individuazione delle eventuali azioni correttive e/o migliorative	C	C	R
Diffusione del <i>report</i>	C	I	R

⁸ Per RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) s'intende "Struttura socio-sanitaria assistenziale residenziale per pazienti non autosufficienti, anche anziani" ex Decreto del Commissario *ad Acta* n. 99/2012 e ss. mm. e ii., tipo di trattamento: "mantenimento" e "intensivo".

ATTIVITÀ 3 – ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE PERCEPITA DAGLI UTENTI.		
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 & OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.		
INDICATORE Redazione e pubblicazione sia sul sito <i>web</i> istituzionale (www.auxologico.it) che sulla piattaforma <i>intranet</i> della Casa di Cura (AuxoRoma.net), entro il 31/03/2025, di una relazione sulla qualità percepita (<i>customer satisfaction</i>), relativa all'anno 2024, comprendente specifiche aree di indagine riguardanti la rilevazione della qualità dell'assistenza sanitaria prestata, suddivisa per ogni singola categoria professionale (medico, infermiere, operatore socio-sanitario, personale tecnico-sanitario della Riabilitazione, etc.).		
Fonte - Promotore Direzione Sanitaria		
STANDARD ATTIVITÀ REALIZZATA/ATTIVITÀ PARZIALMENTE REALIZZATA/ATTIVITÀ NON REALIZZATA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA
Raccolta dati	R	I
Analisi ed elaborazione del <i>report</i>	R	C
Diffusione del documento	R	I

ATTIVITÀ 4 – MONITORAGGIO, CORRETTA ALIMENTAZIONE E ANALISI DEL FLUSSO SI.RE.S. SECONDO IL PROTOCOLLO REGIONALE PER LA SEGNALEZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI E NEAR MISS.			
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.			
RAZIONALE Monitoraggio, corretta alimentazione e analisi dei <i>near miss</i> , degli eventi avversi e degli eventi sentinella (compresi gli eventi "caduta") inseriti nella piattaforma regionale SI.RE.S., nel rispetto delle indicazioni e delle definizioni del Decreto del Ministero della Salute dell'11/12/2009 e ss. mm. e ii., recante oggetto: "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)" e della Determinazione della Regione Lazio n. G09850 del 20/07/2022, recante oggetto: "Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"".			
INDICATORE Numero di eventi inseriti sulla piattaforma e valutazione analitica degli esiti (tipologia, cause/fattori contribuenti, etc.).			
STANDARD 100% degli eventi pervenuti al <i>Clinical Risk Manager</i> tramite <i>incident reporting</i> (scheda CDC_MOD_ire) ovvero altra modalità di segnalazione.			
Fonte - Promotore Clinical Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Responsabili Medici e Coordinatori UU.OO.	CC-ICA
Segnalazione evento	C	R	I
Inserimento evento	R	I	I
Valutazione analitica degli esiti inseriti nella piattaforma SI.RE.S.	R	I	C

ATTIVITÀ 5 – PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI PER L'ANALISI/VALUTAZIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO.

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

&

OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.

RAZIONALE E INDICATORE

Eseguire nel corso dell'anno solare una mappatura di analisi proattiva del rischio clinico secondo la metodologia *Health Failure Mode and Effect Analysis* (HFMEA)/*Health Failure Mode and Effect Criticality Analysis* (HFMECA) in armonia, peraltro, con quanto previsto dal 6° Criterio/fattore di qualità "Appropriatezza clinica e sicurezza", con particolare riferimento al p.to 6.3 "Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi" di cui al DCA n. 469/2017.

FONTE - PROMOTORE

Clinical Risk Manager (CRM)

STANDARD

Realizzazione di almeno un'attività di mappatura del rischio applicando la metodologia HFMEA/HFMECA da realizzarsi entro il 31/12/2025 e successiva redazione del *report*.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	CC-ICA	TEAM DI LAVORO
Selezione dei processi e formazione del <i>team</i> di lavoro	C	R	I
Identificazione dei potenziali rischi (<i>failure modes</i>) e descrizione delle conseguenze (<i>effects</i>)	C	I	R
Calcolo dell'indice di rischio (IPR)	R	I	C
Analisi delle cause, attuazione delle azioni di miglioramento e valutazione delle azioni intraprese	C	C	R
Diffusione del <i>report</i>	C	R	I

A7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

A7.1 OBIETTIVI (RISCHIO INFETTIVO)

In armonia con il *Piano Regionale della Prevenzione (PRP)* e con il *Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR)*, nel rispetto delle Determinazioni della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 "Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS)", sono stati individuati i seguenti obiettivi strategici:

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

ESEMPI:

- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA;
- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.

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

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 ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

ESEMPI:

1. Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE.
2. Definizione/implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE.
3. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE.
4. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi *alert*.
5. Elaborazione di report su:
 - a. Diffusione a livello delle UU.OO. ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento.
 - b. Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti.
7. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:
 - a. prevenzione e controllo delle infezioni da *Clostridium difficile*;
 - b. monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;
 - c. prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario;
 - d. prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC);
 - e. gestione della sepsi.
8. Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA;
9. Sviluppare programmi del buon uso degli antibiotici e di sensibilizzazione per il contrasto della resistenza agli antimicrobici (*Antimicrobial Stewardship*).

A7.2 ATTIVITÀ (RISCHIO INFETTIVO)

In sintonia con gli obiettivi previsti dalla Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2021, "Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano annuale di Rischio sanitario (PARS)", nelle successive Tabelle si illustrano le diverse attività sul tema specifico della gestione del rischio sanitario infettivo individuate dall'organizzazione e che saranno implementate nell'arco dell'anno solare in corso.

ATTIVITÀ 1 – IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI AI SENSI DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G02044 DEL 26/02/2021 "ADOZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI".				
OBIETTIVO B - IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.				
RAZIONALE Redazione, approvazione e implementazione del <i>Piano annuale di azione locale sull'igiene delle mani</i> nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi prestabiliti dalla Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26/02/2021 "Adozione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani".				
Fonte - Promotore Clinical Risk Manager -Direzione Sanitaria				
STANDARD ATTIVITÀ REALIZZATA/ATTIVITÀ PARZIALMENTE REALIZZATA/ATTIVITÀ NON REALIZZATA				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Coordinatori infermieristici	Ufficio Servizi generali	Servizio di manutenzione	CRM/Direzione Sanitaria
Predisposizione del Piano Annuale di azione locale sull'igiene delle mani	I	-	-	R
Approvvigionamento e monitoraggio prodotti per l'igiene delle mani: unità operative (aree di degenza).	C	I	I	R
Approvvigionamento e controllo prodotti per l'igiene delle mani: aree comuni, servizi, uffici, palestre.	-	C	I	R
Manutenzione dei lavandini e dei dispenser.	I	R	C	I
Segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture.	I	R	I	C
Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura.	I	C	I	R
Implementazione e monitoraggio delle misure stabilite dal Piano Annuale di azione locale sull'igiene delle mani	C	C	I	R

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

ATTIVITÀ 2 – ESECUZIONE DI UN'INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE DELLE ICA.

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 ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

RAZIONALE E INDICATORE

La prevalenza è il rapporto fra il numero di eventi sanitari rilevati in una popolazione in un definito momento (giorno o giorni indice) e il numero degli individui della popolazione osservati nello stesso periodo (nel nostro caso pazienti/ospiti della Casa di Cura e della RSA).

Analogamente all'anno precedente, s'intende eseguire un'indagine di prevalenza puntuale ovvero puntiforme (*point prevalence*) delle ICA (comprese le infezioni da dispositivi endovascolari, CVC, le infezioni del tratto urinario e le infezioni polmonari associate a ventilatore, etc.), in un determinato giorno dell'anno, nei Reparti della Casa di Cura e nei nuclei della RSA. La rilevazione sarà eseguita da gruppi multidisciplinari.

FONTE – PROMOTORE

Risk Manager

STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/PARZIALMENTE REALIZZATA/NON REALIZZATA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk Manager	Responsabili medici	CC-ICA
Rilevazione epidemiologica	C	R	I
Analisi ed elaborazione dati	R	I	C
Diffusione dei risultati	R	I	C

ATTIVITÀ 3 – DEFINIZIONE/IMPLEMENTAZIONE/CONSOLIDAMENTO DELLE MISURE DI CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE NOSOCOMIALE DELLE INFEZIONI DA LEGIONELLA.

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 ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

INDICATORE

Adozione di idonee ed efficaci azioni di contenimento delle infezioni da Legionella nel sistema idrico dei tre edifici che costituiscono il complesso socio-sanitario, entro i limiti stabiliti dalla legge, in ordine al Piano di autocontrollo locale del rischio di legionellosi di cui al pf. 11 dell'Istruzione operativa "Prevenzione e controllo della legionellosi e monitoraggio della qualità dell'acqua dell'impianto idrico interno" (CDC_ISO_leg), redatta ai sensi delle Linee guida del Ministero della Salute sulla prevenzione e controllo della legionellosi, della DGR n. 460 del 28/06/2024 e del Decreto Legislativo n. 18 del 23/02/2023, in armonia con il documento della valutazione del rischio di Legionellosi, a cura del SSP ex D. Lgs. n. 81/20008 e ss. mm. e ii.

FONTE – PROMOTORE

Direzione Sanitaria

STANDARD

< 100 UFC/L (Linee guida del Ministero della Salute (ultimo aggiornamento: 31 ottobre 2016, documento consultabile all'indirizzo web: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2362_allegato.pdf).

N.B. Esecuzione dei campionamenti di acque nel rispetto delle indicazioni delle Linee guida ministeriali da parte di un Laboratorio specializzato⁹.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria/ RSSP	Gruppo multidisciplinare operativo di lavoro ex DGR n. 460/2024	Ditta esterna/ Operai manutentori CdC
Immissione costante di biossido di cloro stabile nell'impianto idraulico	C	I	R
Campionamento di acque	C	I	R
Monitoraggio implementazione protocollo	R	C	I

⁹ Il campionamento di acque per la ricerca di Legionella, nel rispetto delle Linee guida ministeriali del 2015, prevede i seguenti punti prelievo: mandata/ricircolo; fondo serbatoio; almeno 4 punti rappresentativi (ovvero i più lontani nella distribuzione idrica).

ATTIVITÀ 4 – DEFINIZIONE/IMPLEMENTAZIONE/CONSOLIDAMENTO DELLE MODALITÀ DI RACCOLTA E FLUSSO DEI DATI PER IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLE BATTERIEMIE E DI SORVEGLIANZA ATTIVA MEDIANTE TAMPONE RETTALE DELLE INFEZIONI/COLONIZZAZIONI DA CRE.

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 ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

RAZIONALE E INDICATORI

Elaborazione/aggiornamento/mantenimento di un sistema di monitoraggio (sorveglianza attiva), e di un documento S.G.Q. che definisca:

I. Modalità di implementazione del sistema di segnalazione delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione ceftazidime-avibactam (zavicefta) a partenza dal laboratorio di microbiologia di riferimento;

II. modalità di definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE;

III. identificazione di un referente per la sorveglianza delle CRE all'interno dei CC-ICA che sia responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema interno di sorveglianza;

IV. elaborazione di report con cadenza almeno semestrale relativi alle infezioni/colonizzazione da CRE" (cfr.: Note Regione Lazio R.U. prot. n. U0063667 del 23/01/2020 e prot. n. U00884520 del 15/10/2020, art. 4, lett. "a").

Quanto sopra al fine di una sorveglianza attiva delle infezioni da CRE secondo le disposizioni previste dalle Circolari del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013 "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)", n. 35470 del 03/12/2019 "Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE) – 26 settembre 2019" e n. 1479 del 17/01/2020 "2019 - Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) –ERRATA CORRIGE", nonché, dalla Nota ASL Roma 1 prot. n. 114257 del 28/07/2023 (si veda anche Nota prot. n. 45/DS del 28/08/2023).

FONTE - PROMOTORE

Direzione Sanitaria

STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/PARZIALMENTE REALIZZATA/NON REALIZZATA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria/ LIS	Responsabili medici UU.OO.	CC-ICA
Segnalazione dei casi	C	R	I
Analisi ed elaborazione dati	R	C	I
Diffusione dei risultati	R	C	I

ATTIVITÀ 5 – SVILUPPARE UN PROGRAMMA DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP FINALIZZATO AL CONTRASTO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI ATTRAVERSO UNA SERIE DI ATTIVITÀ MIRATE QUALI LA SENSIBILIZZAZIONE SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO DELLA CASA DI CURA.

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

&

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 ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

INDICATORE

L'attività prevede la predisposizione di attività riguardanti l'uso appropriato degli antibiotici e il conseguimento degli obiettivi minimi stabiliti dalle Note della Regione Lazio R.U. prot. n. U0063667 del 23/01/2020 e prot. n. U00884520 del 15/10/2020, secondo cui occorre:

"I. Monitorare il consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg. degenza¹⁰ (anche su base empirica, ndr);

[omissis]

III. 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 della rete delle malattie infettive regionali".

Inoltre, dovranno essere osservati gli indicatori minimi di processo raccomandati di cui alla Determinazione della Regione Lazio G16501 del 28/11/2022, recante oggetto: "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)", con precipuo riferimento ai documenti "P1" (evidenze documentali di base che devono essere obbligatoriamente presenti), oltre alla predisposizione e diffusione di una specifica documentazione inerente alla corretta gestione della terapia antibiotica.

STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/PARZIALMENTE REALIZZATA/NON REALIZZATA.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Antimicrobial Stewardship	Responsabili medici UU.OO.	Clinical Risk Manager
Definizione del programma	R	I	C
Implementazione del programma	R	C	C
Analisi e diffusione dei dati	C	I	R

A.8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il PARS sarà diffuso - in ossequio alla normativa regionale vigente - secondo le seguenti modalità:

- Trasmissione entro il 15/02 al *Comitato di Controllo del rischio clinico, del S.G.Q. e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)*, per l'approvazione, e, per conoscenza, alla Direzione Generale della casa di Cura.
- Trasmissione entro il 28/02 agli organi regionali preposti (Centro Regionale di Rischio Clinico, CRRC) tramite l'indirizzo di posta elettronica crrc@regione.lazio.it per il caricamento sul *cloud* regionale.
- Pubblicazione sul sito *web* della Casa di Cura all'indirizzo: <https://www.auxologico.it/sedi/auxologico-roma-buon-pastore> entro il 28.02;
- pubblicazione sulla piattaforma *intranet* aziendale all'indirizzo <http://172.16.2.17/> entro il 28/02.

¹⁰ Consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg. degenza come da definizione dell'OMS (per gli *standard* di riferimento si veda il "Rapporto annuale sull'uso degli antibiotici in Italia", a cura dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

A.9 BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.

1. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”.
2. Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”.
3. D.P.R. 14/01/1997 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”.
4. Decreto del Commissario ad Acta n. U00017 del 16/01/2015 recante: “Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014.
5. Decreto del Commissario ad Acta n. U00309 del 06/07/2015 recante oggetto: “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)”.
6. Decreto del Commissario ad Acta n. 423 del 16/10/2019 recante oggetto: “Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020" (Rep. Atti n. 188/CSR del 02.11.2017) e istituzione del Gruppo Tecnico di Coordinamento e Monitoraggio del Piano a livello regionale”.
7. Decreto del Commissario ad Acta del n. 593 del 16/11/2015 “Modifica e integrazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (di cui al DCA n. U00309 del 06/07/2015) ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 (Rep. Atti n.56/CSR) concernente il 'Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 - Documento per la valutazione”.
8. Decreto del Commissario ad Acta n. 328 del 04/11/2016 recante oggetto: “Approvazione delle “Linee guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.
9. Decreto del Commissario *ad acta* n. 480 del 06/12/2013 recante oggetto: “Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”, e, in particolare, gli interventi 18.1 “Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi” e 18.6 “Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo”.
10. Decreto del Ministero della Salute dell’11/12/2009 recante oggetto: “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES)”.
11. Decreto Legislativo n. 229 del 19/06/1999 recante oggetto: “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”.
12. Decreto Legislativo n. 502 del 30/12/1992 recante oggetto: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”.
13. Decreto Legislativo n. 81 del 09/04/2008, integrato dal Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”.
14. Determinazione della Regione Lazio n. G04112 dell’01/04/2014 recante oggetto: “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)”.
15. Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021 recante oggetto: “Adozione del piano di intervento regionale sull’igiene delle mani”.
16. Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.
17. Determinazione della Regione Lazio n. G09850 del 20/07/2021 “Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”.

18. Determinazione della Regione Lazio n. G01226 del 02/02/2018 "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017" che recepisce l'omonimo documento alla stessa allegato elaborato dal Centro Regionale Rischio Clinico (CRRCC)".
19. Determinazione della Regione Lazio n. G00163 dell'11/01/2019 "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
20. Determinazione della Regione Lazio n. G00164 dell'11/01/2019 "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
21. Determinazione della Regione Lazio n. G16501 del 28/11/2022 "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
22. Determinazione della Regione Lazio n. G15198 del 06/11/2022 "Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016.
23. Deliberazione della Regione Lazio n. 460 del 28/06/2024 "Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi", pubblicata sul B.U.R.L n. 54 Ordinario del 04/07/2024.
24. Istituto Superiore di Sanità. Antibiotici: dai dati del Rapporto AIFA informazioni utili e proposte per un uso più appropriato. <https://www.epicentro.iss.it/antibiotico-resistenza/resistenza>.
25. Legge 08/03/2017, n. 24 recante oggetto: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie".
26. Ministero della Salute. I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?id=195.
27. Ministero della Salute. Linee guida per la gestione e controllo della legionella, ultimo aggiornamento: 13/05/2015. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2362_allegato.pdf.
28. Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=qualita&menu=sicurezza.
29. 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.
30. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
31. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione.
32. Raccomandazioni SIMPIOS. Revisione n. 1 – febbraio 2011. Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile, febbraio 2011. Gimprios, Supplemento al vol. n. 1, n. 2, aprile-giugno 2011. <http://www.simprios.eu/2016/12/05/prevenzione-e-controllo-delle-infezioni-da-clostridium-difficile/>.
33. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.

N.B. Si vedano anche i riferimenti richiamati direttamente nel testo del PARS e nella Determina aziendale con cui è stato adottato il presente Piano.

ALLEGATI E APPENDICE

- ALLEGATO n. 1** Scheda di segnalazione di evento infettivo (ICA) dei Pazienti degenti nella Casa di Cura e degli Ospiti della RSA (CDC_MOD_ica), ai sensi dei DMS 07/03/2022 e DMS 22/07/2022 e ss. mm. e ii., di pag. 2.
- ALLEGATO n. 2** Scheda di segnalazione di eventi sentinella/eventi avversi/*near miss* (quasi eventi) /cadute senza o con danno (CDC_MOD_ire), di pag. 2.
- ALLEGATO n. 3** Scheda di rilevazione delle ICA per indagine di prevalenza puntuale, di pag. 2.
- ALLEGATO n. 4** Resoconto sintetico delle batteriemie da CPE/CRE e delle infezioni/colonizzazioni da Enterobacteriaceae resistenti a Ceftazidime/avibactam, anno 2024, di pag. 1.
- APPENDICE n. 1** Piano di azione locale sull'igiene delle mani per l'anno 2025, di pagine 102, compresi gli allegati.

Auxologico Roma Buon Pastore

SCHEDA DI SEGNALEZIONE OBBLIGATORIA DI EVENTO INFETTIVO <small>DEI PAZIENTI DELLA CdC/OSPITI RSA/NARI AI SENSI DEL DMS 07/03/2022 (PREMAL) E DEL DMS 22/07/2022 E SS.MM E II.</small> <small>ALLA C.A. DELLA DIREZIONE SANITARIA DELLA CASA DI CURA</small> <small>direzionesanitaria@auxologicoroma.it</small>	
A. DATI DELLA SEGNALEZIONE	
STRUTTURA DI RICOVERO: CASA DI CURA "AUXOLOGICO ROMA – BUON PASTORE" (COD. MIN. 120 301)	
VIA DI VALLELUNGA, 8 00166 ROMA – ASL ROMA 1, DISTRETTO XIII	
DATA SEGNALEZIONE	N° CARTELLA CLINICA
AGENTE INFETTIVO/PATOLOGIA (VED. ELENCO RETRO)	
FOCOLAIO EPIDEMICO NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/>	
B. PAZIENTE/OSPITE – DATI ANAGRAFICI	
COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
COMUNE DI NASCITA	
SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
CODICE FISCALE	
CODICE IDENTIFICATIVO PERSONALE (STP/ENI)	
INDIRIZZO, LUOGO DI RESIDENZA E ASL DI APPARTENENZA	
INDIRIZZO, LUOGO DI DOMICILIO E ASL DI APPARTENENZA (SE DIFFERENTE DALLA RESIDENZA)	
RECAPITO TELEFONICO	
CITTADINANZA	
PROFESSIONE (SE NOTA)	
CONSEGNA INFORMATIVA PRIVACY AL PZ SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (MODULO OBBLIGATORIO, DA CONSERVARE IN CARTELLA CLINICA)	
C. PAZIENTE/OSPITE – DATI SANITARI	
DATA INIZIO SINTOMI	
UNITÀ OPERATIVA	
MOTIVO PRINCIPALE DEL RICOVERO	
DATA INIZIO DEL RICOVERO	
DATA DI EFFETTUAZIONE DELLA DIAGNOSI	
D. MEDICO SEGNALETORE	
COGNOME E NOME DEL MEDICO SEGNALETORE	
QUALIFICA	
NUMERO TELEFONICO: 06.6152.1965	
FAX: 06.6152.1971	
INDIRIZZO E-MAIL: direzionesanitaria@auxologicoroma.it	
E. INFORMAZIONI PER LA CLASSIFICAZIONE CASO	
INFORMAZIONI CLINICHE	
INFORMAZIONI EPIDEMIOLOGICHE	
INFORMAZIONI DI LABORATORIO/DIAGNOSI	
<input type="checkbox"/> ESAME CLINICO <input type="checkbox"/> ESAME CULTURALE <input type="checkbox"/> ESAME SIEROLOGICO <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE) _____	
DATA DEL PRELIEVO	
PRINCIPALI MISURE ADOTTATE	
<input type="checkbox"/> MISURE PROFILASSI IPC (GENERICHE E SPECIFICHE) PER LA PREVENZIONE E IL CONTENIMENTO DELLA TRASMISSIONE <input type="checkbox"/> USO CARTELLONISTICA DEDICATA "ALERT" NELLA STANZA <input type="checkbox"/> ISOLAMENTO DI COORTE <input type="checkbox"/> ISOLAMENTO SPAZIALE <input type="checkbox"/> ISOLAMENTO STANZA SINGOLA <input type="checkbox"/> CONSEGNA INFORMATIVA SPECIFICA AL DEGENTE E AI FAMILIARI/CAREGIVER E RELATIVE COMUNICAZIONI <input type="checkbox"/> CONSEGNA BROCHURE INFORMATIVA PAZIENTE/FAMILIARI/CAREGIVER <input type="checkbox"/> UTILIZZO ALL'ESTERNO DELLA STANZA DI DEGENZA MODULO SUL CORRETTO UTILIZZO DPI INGRESSO/USCITA STANZA + CARRELLO/WC DEDICATO <input type="checkbox"/> SANIFICAZIONE STRAORDINARIA	
NOTE/OSSERVAZIONI	

1

NOTA BENE. Nella presente scheda di segnalazione si riportano i contenuti informativi del set base del sistema PREMAL di cui ai p.ti 4.1-4.6. del Disciplinare Tecnico (DT) allegato al DMS 07/03/2022. Il personale medico resta a completa disposizione in caso di eventuali richieste di informazioni supplementari (e.g.: "Blocchi di informazioni specifiche" di cui ai p.ti 4.2 e ss. del DT).

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO SEGNALETORE



N.B. LA NOTIFICA DEVE ESSERE TRASMESSA ENTRO 12 ORE DALLA DIAGNOSI DALLA DIREZIONE SANITARIA AL SISP DELL'ASL ROMA 1 (epidmalattieinfettive@aslroma1.it) SE TRATTASI DI "MALATTIA CHE GENERA ALLERTA"¹ OPPURE ENTRO 48 ORE PER TUTTI I RESTANTI CASI.

ELENCO MALATTIE INFETTIVE SOTTOPOSTE A SORVEGLIANZA OBBLIGATORIA

E RELATIVI CODD. ICD-9-CM (DMS 07/03/2022; DMS 22/07/2022 e ss. mm. e ii. – ALLEGATO "A")

022 – ANTRACE	100 – LEPTOSPIROSI
088.81 – BORRELIOSI	099.1 – LINFOGRANULOMA VENEREO
005.1 – BOTULISMO	027.0 – LISTERIOSI
023 – BRUCELLI	084.0 – 084.6 - MALARIA
001 – COLERA	320 – 320.0 - 036.0 – 320.1 MALATTIA BATTERICA INVASIVA
007.4 – CRIPTOSPORIDIOSI	046.1 – MALATTIA DI JAKOB-CREUTZFELDT
061 – DENGUE	047, 047.0, 047.8, 047.9 – MENINGITI VIRALI
110 – DERMATOFITOSI	031 – MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE
032 – DIFTERITE	055 – MORBILLO
122 – ECHINOCOCCOSI	072 – PAROTITE EPIDEMICA
063 – ENCEFALITE VIRALE DA ZECCHÉ	132 – PEDICULOSI E FTIRIASI
064 – ENCEFALITE VIRALE TRASMESSA DA ARTROPODI	033 – PERTOSSE
070.1 – EPATITE VIRALE A	020 – PESTE
070.3 – EPATITE VIRALE B	045 – POLIOMIELITE ACUTA
070.51 – 070.54 - EPATITE VIRALE C	073.0 – POLMONITE DA PSITTACOSI
070.52 – EPATITE VIRALE D	071 – RABBIA
070.53 – EPATITE VIRALE E	082 – RICKETTSIOSI
070.9 – EPATITI VIRALI ACUTE ALTRE	056 – ROSOLIA
066.3 – CHIKUNGUNYA	771.0 – ROSOLIA CONGENITA
078.89 – FEBBRE EMORRAGICA VIRALE	647.5 – ROSOLIA IN GRAVIDANZA
060 – FEBBRE GIALLA	133.0 – SCABBIA
083.0 – FEBBRE Q	034.1 – SCARLATTINA
002 – FEBBRE TIFOIDE E PARATIFOIDE	004 – SHIGELLOSI
066.4 – FEBBRE VIRALE WEST NILE	480.3 – SINDR. RESPIRATORIA MEDIO ORIENTALE (MERS-CoV)
007.1 – GIARDIASI	091 – SIFILIDE
053 – HERPES ZOSTER	090 – SIFILIDE CONGENITA
099.5 – INFEZIONE DA CHLAMYDIA	037 – TETANO
098 – INFEZIONE GONOCOCCICA (BLENORRAGIA)	080 – TIFO [EPIDEMICO] DA PIDOCCHI
008.43 – INFEZIONE INTESTINALE DA CAMPYLOBACTER	130 – TOXOPLASMOSI
008.04 – INFEZIONE INTESTINALE DA E. COLI PRODUTTORE DELLA SHIGA/VEROCITOSSINA (STEC/VTEC) INCLUSA SEU	771.2 – TOXOPLASMOSI CONGENITA
041.3 – 041.4 INFEZIONI DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE/CRE)*² Ved. Nota ASL RM1 prot. n. 114257 del 28/07/2023 in recepimento delle Circolari regionali e del MdS.	011, 012-012.8, 013-013.9, 014, 015-015.9, 016-016.9, 017-017.8, 018-018.9 – TUBERCOLOSI (incluso: Mycobacterium tuberculosis complex (isolato da materiale respiratorio).
008.44 – INFEZIONE INTESTINALE DA YERSINIA ENTEROCOLIT.	124 – TRICHINELLOSI
003 – INFEZIONI DA SALMONELLA	021 – TULAREMIA
008.45, 008.61, 008.62, 008.63, 008.67 INFEZIONI – 005.0, 005.2, 005.4, 005.81, 005.89, TOSSINFEZIONI DI ORIGINE ALIMENTARE (incluso Clostridioides difficile).	050 – VAILOLO
487 – INFLUENZA	052 – VARICELLA
480.8 – INFLUENZA AVIARIA	057.8 VAILOLO DELLE SCIMMIE (Monkeypox)*
030 – LEBBRA	066.3 – ZIKA
085.0 – LEISHMANIOSI VISCERALE	066.3 – ZIKA CONGENITA
085.9 – LEISHMANIOSI CUTANEA	INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)
482.84 – LEGIONELLOSI* (entro 12 ore). Si veda anche istruzione operativa CDC_ISO_leg.	CANDIDA AURIS* (non inclusa nell'Allegato "A" ma si veda Nota del Ministero della Salute n. 33554 del 22/07/2022).

*COMPILARE ANCHE LA SPECIFICA SCHEDA DI SORVEGLIANZA PREVISTA.

¹ "b) «malattia che genera allerta»: una malattia infettiva che richieda l'adozione immediata di interventi di sanità pubblica, sia a livello nazionale che internazionale, in quanto a elevato rischio di diffusione o perché precedentemente eradicata o eliminata o oggetto di Piani o Progetti di eradicazione o eliminazione oppure perché provocata da azioni deliberate" (cfr: art. 1 e 5 ex DMS 07/03/2022).

² Inclusi: Staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA), Staphylococcus aureus vancomicina-resistente (MRSA), Enterococcus faecalis ed Enterococcus faecium resistenti alla vancomicina (VRE), Enterobatteri (in particolare, Klebsiella pneumoniae ed Escherichia Coli) resistenti ai carbapenemi (CRE), etc. Si veda anche istruzione operativa CDC_ISO_cre.

Auxologico Roma Buon Pastore

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI EVENTO SENTINELLA • EVENTO AVVERSO
NEAR MISS (QUASI EVENTO) • CADUTE CON O SENZA DANNO

COMPILARE **TUTTI** GLI ITEM

INCIDENT REPORTING (SEZIONE A)

DATA SEGNALAZIONE _____ N° CARTELLA CLINICA/PERSONALE _____

CASA DI CURA ☐ RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE ☐ LUNGODEGENZA MEDICA

RSA ☐ MANTENIMENTO ED. _____ PIANO _____ ☐ RSA INTENSIVA (NARI, R1)

CHI SEGNALE ☐ MEDICO ☐ INFERMIERE/COORD. INF. ☐ ALTRO (SPECIF.) _____

ANNO DI NASCITA _____ SESSO F ☐ M ☐

TIPOLOGIA DI EVENTO ☐ CADUTA ☐ ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE (CON DANNO, ESCLUSE VIOLENZE VERBALI)
☐ DISPOSITIVI MEDICI (MALFUNZIONAMENTO) ☐ FARMACI (REAZIONI AVVERSE, ERRORI TERAPIA)
☐ EMOTRASFUSIONE ☐ ALTRO

DESCRIZIONE EVENTO (OBBLIGATORIA PER TUTTI GLI EVENTI): DATA EVENTO _____ ORA _____ - _____

LUOGO

- ☐ AMBULANZA
- ☐ SCALE
- ☐ AMBULATORIO
- ☐ SPAZI COMUNI
- ☐ BAGNO
- ☐ STANZA DI DEGENZA
- ☐ CORRIDOIO
- ☐ ALTRO (SPECIFICARE) _____
- ☐ ERANO IN USO LE SPONDINE LATERALI? SI ☐ NO ☐

- FATTORI FAVORENTI

☐ ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO

☐ INCONTINENZA

☐ CADUTE PREGRESSE

☐ PROBLEMI DI EQUILIBRIO/MOBILITÀ/TONO MUSCOLARE

☐ CALZATURE NON ADEGUATE

☐ PROFILO EMODINAMICO E/O CARDIOVASCOLARE

☐ DEFICIT NEUROCOGNITIVI

☐ RECENTE VARIAZIONE DELLA TERAPIA

☐ DEFICIT VISIVI

☐ ALTRO (SPEC.): _____

- PRESTAZIONI EFFETTUATE

☐ NESSUNA

☐ INTERVENTO CHIRURGICO (EST.)

☐ ALTRE INDAGINI STRUMENTALI

☐ PUNTI DI SUTURA

☐ APPLICAZIONE TUTORE/APPARECCHIO GESSATO

☐ RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA

☐ CONSULENZA SPECIALISTICA

☐ TRASFERIMENTO IN P.S./DEA

☐ ESAMI DI LABORATORIO

☐ VISITA MEDICA

☐ ESAMI RADIOLOGICI

☐ ALTRO (SPEC.): _____

ESITO

- ☐ NESSUN DANNO (NEAR MISS)
- ☐ LIEVE (EVENTO AVVERSO)
- ☐ MODERATO (EVENTO AVVERSO)
- ☐ SEVERO (EVENTO SENTINELLA)
- ☐ MORTE (EVENTO SENTINELLA)

FIRMA LEGGIBILE DEL COMPILATORE

NUMERO EVENTO SENTINELLA (VED. TABELLA SOTTOSTANTE)*: _____

CAUSA

- ☐ OMISSIONE
☐ RITARDO
☐ INESATTEZZA
☐ ALTRO (SPECIFICARE): _____

ESITO

<input type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> DISABILITÀ PERMANENTE <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> PROLUNGAMENTO DEGENZA/ CRONICIZZAZIONE <input type="checkbox"/> TRAUMA MAGGIORE A SEGUITO DI CADUTA	<input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO UNITÀ INTENSIVA O SUB INTENSIVA <input type="checkbox"/> REINTERVENTO CHIRURGICO <input type="checkbox"/> RIANIMAZIONE CARDIORESPIRATORIA <input type="checkbox"/> TRATTAMENTO PSICHIATRICO A SEGUITO DI TENTATIVO SUICIDIO/VIOLENZA <input type="checkbox"/> REAZIONE TRASFUSIONALE (INCOMP. ABO)	<input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE): _____ _____ _____
--	---	---

***CODICI EVENTI SENTINELLA**

1.	Procedura in paziente sbagliato
2.	Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3.	Errata procedura su paziente corretto
4.	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5.	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6.	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7.	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8.	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9.	Morte o grave danno per caduta di paziente
10.	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11.	Violenza su paziente
12.	Atti di violenza a danno di operatore
13.	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra ospedaliero)
14.	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15.	Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16.	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Evento (incident): accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

Evento avverso (EA, adverse event): evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

Evento avverso da farmaco (adverse drug event): qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono: eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi da farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR).

Evento evitato (near miss, NM o close call, CC): errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento sentinella (ES): evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Fonte: "La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico" - Glossario (Ministero della Salute).

STUDIO DI PREVALENZA PUNTUALE ICA POST-ACUZIE/RSA • POINT PREVALENCE SURVEY OF HAI LTCFs									
SCHEDA RILEVAZIONE CASO SINGOLO									
COD. TEAM				GIORNO INDICE				ORA	
REPARTO									
RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/>		LUNGODEGENZA <input type="checkbox"/>		NARI <input type="checkbox"/>		RSA, ED. B <input type="checkbox"/>		RSA, ED. C <input type="checkbox"/>	
INIZIALI PZ.	N° RIC.	N° LETTO	DATA INIZIO RICOVERO	PRESENTE ICA? ^{NOTA1}		PRESENTE ICA ASSOCIATA A DISPOSITIVO? ^{NOTA2}			
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
INFEZIONE PRESENTE AL MOMENTO DEL RICOVERO?				DATA INSORGENZA ^{NOTA3}		ORIGINE DELL'INFEZIONE			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> REPARTO ATTUALE ^{NOTA4} <input type="checkbox"/> IN UN ALTRO OSPEDALE <input type="checkbox"/> ALTRA ORIGINE (SCONOSCIUTA/ALTRO/NON NOTO)			
SEGNI E SINTOMI DI INFEZIONE ERANO PRESENTI AL MOMENTO DELL'INIZIO DEL RICOVERO IN CdC/RSA?; SE NO, RIPORTARE LA DATA DI INSORGENZA DELL'INFEZIONE → → →									
DISPOSITIVO RILEVANTE IN SITU	INTUBAZIONE TUBO ENDOTRACHEALE/TRACHEOTOMIA		CATETERE VASCOLARE (CENTRALE/PERIFERICO)		CATETERE URINARIO		COD. INFEZIONE/I (VED. ECDC CODEBOOK ^{NOTA5})		
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
ISOLAMENTO GERME/I	EMOCOLTURA	URINOCOLTURA	COPROCOLTURA	TAMPONE VIE RESPIRATORIE	TAMPONE RETTALE (XDR)	ALTRO ISOLAMENTO (SPECIFICARE)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DATA ESECUZIONE									
GERME/I ISOLATO/I MAX. 3, CODICI: VED. ECDC CODEBOOK. INDICARE, SE NOTO, GENOTIPO CPE/CRE (KPC, VIM, IMP, NDM, OXA-48 LIKE)									
TERAPIA ANTIBIOTICA/ANTIMICROBICA ^{NOTA6}									
NOME GENERICO E COMMERCIALE (NO COD. ATC)				VIA DI SOMMIN.*		DATA INIZIO		DOSE/UNITÀ AL GIORNO (DDD)	

*P = PARENTERALE; O = ORALE; R = RETTALE; I = INALAZIONE

La presente scheda di rilevazione delle ICA (prevalenza puntuale) rappresenta un'elaborazione semplificata e adattata al contesto dell'assistenza ospedaliera/residenziale post-acuzie, a partire dai contenuti del seguente documento: *European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections (HAI) and antimicrobial use in European acute-care hospitals, protocol version 5.3, 2016-2017*. Stockholm: ECDC; 2016 (fonte: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-3>, ultimo accesso: 23.11.2022).

NOTA 1. PRESENTE ICA? Definizione di caso. Infezione attiva correlata all'assistenza (associata al ricovero) presente nel giorno dello studio è definita come segue (in armonia con le definizioni fornite da ECDC, HELICS/IPSE3, KISS5, CDC/NHSN):

- Una infezione è definita ATTIVA quando i segni e sintomi di infezione SONO presenti nel giorno dello studio OPPURE segni e sintomi di infezione ERANO presenti in precedenza e il paziente è ancora sotto trattamento antibiotico per quella infezione, il giorno dello studio (è necessario verificare i segni e sintomi presenti sino all'inizio della terapia per determinare se l'infezione trattata risponda a una delle definizioni di caso di infezioni correlate all'assistenza);

E

- la sintomatologia è insorta a partire dal giorno 3 di degenza (giorno del ricovero = giorno 1) del ricovero attuale OPPURE il paziente presenta (anche prima del 3° giorno) un'infezione ma è stato ricoverato nuovamente meno di due giorni dopo un precedente ricovero in un ospedale per acuti **OPPURE**

- il paziente è stato ricoverato (oppure sviluppa sintomatologia entro 2 giorni dal ricovero) e presenta un'infezione che coincide con la definizione di *infezione della ferita chirurgica attiva* ossia l'infezione della ferita chirurgica insorge entro 30 giorni dall'operazione (oppure, nel caso di un'infezione della ferita chirurgica profonda, di organi, spazi, associata a intervento chirurgico con inserzione di protesi, che si instaura entro 90 giorni dall'operazione) e il paziente presenti sia sintomi che coincidono con la definizione di infezione E/O sia in trattamento antibiotico per quella infezione **OPPURE**

- il paziente è stato ricoverato (oppure sviluppa sintomatologia entro due giorni) con una infezione da C. difficile essendo stato dimesso meno di 28 giorni da un ospedale per acuti **OPPURE**

- un dispositivo invasivo presente il giorno 1 o il giorno 2 di ricovero con insorgenza di una ICA prima del giorno 3.

N.B. I risultati di test/esami che non sono ancora disponibili al momento dello studio non devono essere inclusi dopo la data dello studio né presi in considerazione per stabilire se le definizioni di caso siano soddisfatte. Sebbene ciò comporterà l'esclusione di alcune "vere" ICA, tale scelta è compensata in qualche misura da quelle ICA, non più sintomatiche il giorno dello studio, che vengono incluse perché la terapia antibiotica relativa è ancora in atto.

NOTA 2. PRESENTE ICA ASSOCIATA A DISPOSITIVO? Definizione di caso. ICA associate a dispositivo: sono le ICA in un paziente con un dispositivo "rilevante" utilizzato in un periodo di 48 ore precedenti l'instaurarsi della sintomatologia (anche se ad uso intermittente). L'informazione sulla correlazione a dispositivi viene rilevata solo per le polmoniti, le infezioni del torrente ematico e le infezioni urinarie. I dispositivi "rilevanti" sono, rispettivamente, l'intubazione, il catetere vascolare (centrale/periferico) e il catetere urinario. Se l'intervallo tra rimozione del dispositivo e l'insorgenza dell'infezione è superiore a 48 ore devono esserci evidenze inequivocabili che l'infezione sia associata al dispositivo in uso. Per le infezioni urinarie correlate a catetere, il catetere urinario deve essere stato presente in un periodo di 7 giorni precedenti la conferma di laboratorio oppure l'insorgenza di segni e sintomi di infezione corrispondenti a quelli previsti dai criteri di infezione urinaria (ved. anche Horan et al. *Definitions of key terms used in the NNIS system. Am J Infect Control* 1997; 25:112-6).

NOTA 3. DATA INSORGENZA DELL'INFEZIONE (gg/mm/aaaa). Non deve essere registrata se segni/sintomi di infezione erano già presenti al momento del ricovero, ma è obbligatoria se l'infezione insorge durante il ricovero attuale. Data dei primi segni/sintomi di infezione; se non è nota, registrare la data in cui è stato iniziato il trattamento per questa infezione o la data nella quale è stato prelevato il primo campione di laboratorio.

NOTA 4. ICA ASSOCIATA ALL'ATTUALE REPARTO. Una ICA è associata al reparto attuale se:

- a) l'infezione ha avuto inizio il terzo giorno o i giorni successivi, dopo l'ammissione al reparto attuale (in cui la data di ammissione in reparto è il giorno 1);
- b) l'infezione ha avuto inizio il giorno 1 o 2 dopo l'inserimento di un dispositivo invasivo nel reparto/nucleo attuale;
- c) al momento del ricovero il paziente è stato ricoverato con ICA associata a un precedente ricovero nello stesso reparto: entro 30 gg. dopo l'intervento per le infezioni del sito chirurgico oppure entro 90 gg. per le infezioni del sito chirurgico di tipo profonde e di organo/spazio dopo chirurgia implantare;
- d) sono trascorsi meno di 28 giorni dalla dimissione per infezione da C. difficile oppure meno di 48 ore - due giorni di calendario - dopo la dimissione per un'altra ICA.

NOTA 5. Se trattasi d'infezione del torrente ematico (BSI) indicare anche la fonte. Se è una BSI confermata da laboratorio (quindi codificata BSI), specificarne l'origine: associata a catetere (centrale: C-CVC, periferico: C-PVC), secondaria ad un'altra infezione: polmonare (S-PUL), tratto urinario (S-UTI), tratto digerente (S-DIG), infezione della ferita chirurgica (S-SSI), cute e tessuti molli (S-SST), altre infezioni (S-OTH) oppure BSI confermata, di origine ignota (UO); dato mancante/informazioni non disponibili (Non noto); le BSI secondarie devono essere riportate come ICA separate, in aggiunta alla infezione primaria se questa soddisfa la definizione di caso. Esempi: PN = Polmonite; GI-CDI = infezione da CDI; UTI: inf. vie urinarie; BSI: inf. sangue; etc.

NOTA 6. TERAPIA ANTIBIOTICA. Antibiotico (nome generico/commerciale). Va riportato solo il principio attivo o nome commerciale, esempio: principio attivo AMPICILLINA o nome commerciale AMPLITAL*12CPR 1G. Sono inclusi gli antibiotici delle classi ATC2 (J01 antibatterici, J02 antifungini), ATC4 (A07AA, P01AB, D01BA) e ATC5 (J04AB02).

Via di somministrazione dell'antibiotico; P=parenterale; O=orale; R=rettale; I=inalazione.

Data di inizio antibiotico. Data di inizio dell'antibiotico attualmente in uso. Se il paziente ha ricevuto l'antibiotico al momento del ricovero, riportare la data del ricovero.

Dose/unità al giorno. Numero e quantità (in milligrammi, grammi, IU o MU) di dosi al giorno dell'antibiotico. Riportare, per esempio: "4 x 1 gr. /die" (3 variabili: numero di dosi, la quantità di una dose, unità di una dose). DDD= *defined daily doses*.



ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE
 "Lazzaro Spallanzani"
 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Dipartimento di Epidemiologia, Ricerca Preclinica e Diagnostica Avanzata
 UOC Epidemiologia clinica
 UOS Sorveglianza regionale delle malattie infettive (SERESMI)



FAC SIMILE

Resoconto sintetico delle batteriemie da CRE segnalate nel corso dell'anno precedente (circolare del Ministero della Salute N 1479 del 17 gennaio 2020) e delle infezioni/colonizzazioni da Enterobacteriaceae resistenti a ceftazidime/avibactam

N.B. deve essere compilato anche dalle strutture sanitarie che non hanno registrato casi (zero reporting)

Data di compilazione 13/01/2025

Struttura sanitaria Casa di Cura "Auxologico Roma - Buon Pastore"

Codice struttura 120 301

ASL competente per il territorio Roma 1

Periodo di riferimento

1 gennaio 2024 al 31 dicembre 2024

Il Direttore sanitario della struttura conferma che:

- Il numero di batteriemie da CRE segnalate alla ASL competente è pari a 01* nel corso dell'intero periodo di riferimento;
- Il numero delle infezioni/colonizzazioni da Enterobacteriaceae resistenti a ceftazidime/avibactam segnalate alla ASL competente è pari a 09* nel corso dell'intero periodo di riferimento.

* Come da comunicazione del Laboratory Information System (LIS) della Casa di Cura (UOC "Microbiologia", Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" di Roma, in data 07/01/2025).

Il Direttore sanitario
 ENRICO ROSATI
 13.01.2025
 12:41:15
 GMT+01:00



	<p>PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 1 di 12</p>
---	---	--

PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI


AI SENSI DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G02044 DEL 26/02/2021

“ADOZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI”

ANNO 2025



DATA EMISSIONE	REDATTO DA	APPROVATO DA
13/02/2025	CLINICAL RISK MANAGER (Dr. Enrico Rosati)	CC-ICA (si veda Verbale della Seduta del 07/02/2025) Per il CC-ICA

	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 2 di 12</p>
---	--	--

INDICE

1. PREMESSA E OBIETTIVI	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3. SEZIONE A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI.....	4
4. SEZIONE B. FORMAZIONE DEL PERSONALE	7
5. SEZIONE C. VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEED-BACK	9
6. SEZIONE D. COMUNICAZIONE PERMANENTE.....	10
7. SEZIONE E. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT.....	11
8. ALLEGATI	12

	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 3 di 12</p>
---	--	--

1. PREMESSA E OBIETTIVI

Il presente *Piano di azione locale sull'igiene delle mani* (d'ora in poi "Piano") è stato redatto in ossequio ai contenuti stabiliti dalla Determinazione della Regione Lazio del 26/02/2021, n. G02044, recante oggetto: "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani", pubblicata sul B.U.R.L. n. 22, supplemento 2, del 02/03/2021, nonché, del Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), adottato con Determinazione n. G16501 del 28/11/2022.

Il Piano è stato elaborato dal *Clinical Risk Manager* (CRM), previa approvazione del *Comitato clinico di Controllo delle Infezioni Correlata all'Assistenza* (CC-ICA) ed è inserito tra le attività prioritarie previste dal *Piano Annuale di Rischio Sanitario* (PARS), il quale prevede che vengano illustrate sia le attività programmate sia quelle effettivamente realizzate.

Premesso che gli **ambiti** identificati per la valutazione e la verifica dell'efficacia del Piano sono i seguenti:

- **sezione A**, requisiti strutturali e tecnologici;
- **sezione B**, formazione del personale;
- **sezione C**, monitoraggio e *feedback*;
- **sezione D**, comunicazione permanente;
- **sezione E**, clima organizzativo e *commitment*;

l'organizzazione, sempre nel rispetto della normativa regionale vigente, nonché, alla luce dei risultati rilevati dal *Questionario di Autovalutazione* (**allegato n. 1**), eseguito dal CRM in data 16/01/2024, ha preso atto che è stato conseguito **l'obiettivo minimo stabilito dal precedente Piano 2024** ("raggiungimento del livello INTERMEDIO in tutte le sezioni entro il 31/12/2023") e ha stabilito il seguente obiettivo per l'anno 2025:

Raggiungimento del livello AVANZATO in almeno 3 ambiti di valutazione (sui 5 prestabiliti) e mantenimento almeno del livello INTERMEDIO nelle restanti sezioni entro il 31/12/2025, in armonia con quanto statuito a pag. 19 del *Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani* di cui alla Determinazione della Regione Lazio del 26/02/2021, n. G02044.

Nei successivi paragrafi (3-7), per ciascuna singola sezione/ambito, si descriveranno gli esiti commentati in merito all'ultimo Questionario di Autovalutazione eseguito (punto "A"), nonché, definite le principali azioni del Piano di azione locale per l'anno 2024 (punto "B").

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano si applica in tutte le unità operative della Casa di Cura, in tutti i nuclei di assistenza della RSA e in tutte le aree comuni e i servizi della Struttura.

Lo stesso è rivolto a tutto il personale coinvolto, a vario titolo, nelle attività di assistenza e cura della Casa di Cura e della RSA, comprendendo anche gli operatori non sanitari, i familiari, i *caregiver* e, chiunque, a diverso titolo o ragione, venga a contatto con la Struttura.

	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 4 di 12</p>
---	--	--

3. SEZIONE A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 100/100, livello AVANZATO (esito Piano 2024: 100/100, livello AVANZATO).

Punti di forza. Sulla base delle evidenze rilevate, i requisiti *strutturali e tecnologici* rappresentano uno dei punti di forza principali sia della Casa di Cura che della RSA.

Ciò in ragione dei seguenti elementi:

1) sono presenti **n. 208 dispenser di soluzione biocida disinfettante a base alcoolica** (etanolo > 75%) per l'igiene delle mani (nome commerciale: Tork® *alcohol liquid hand sanitizer*), con un sistema "a cartucce" (ottimale per evitare contaminazioni da rabbocchi o travasi), **per ogni punto di assistenza¹ della Casa di Cura e della RSA**, oltre a ulteriori circa n. 50 dispenser tradizionali distribuiti nei corridoi delle aree di degenza e nelle aree comuni dedicate all'utenza esterna (si vedano anche le schede tecniche dei principali prodotti impiegati di cui all'allegato n. 2).

I rifornimenti vengono costantemente effettuati e monitorati sia dai Coordinatori infermieristici delle singole UU.OO. che da parte del personale facente capo all'Ufficio *Servizi Generali* e dalla Direzione sanitaria.

2) il rapporto lavandini/letti è superiore a 1:10;

3) sono presenti in corrispondenza dei lavandini dei servizi igienici e delle infermerie sia il sapone che le salviette monouso (si veda anche **allegato n. 3**, sez. "A": ricognizione del CRM – servizi igienici (aree di degenza);

4) analogamente all'anno precedente, l'organizzazione garantisce un budget di spesa dedicato, regolare e adeguato, all'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani.

Punti di miglioramento. Rispetto all'anno precedente si è registrata una maggiore attenzione nel garantire il costante approvvigionamento di sapone e, soprattutto, di salviette monouso.

Inoltre, al fine di rafforzare ulteriormente e conservare l'elevato livello conseguito, nel mese di marzo 2024 sono stati installati **ulteriori n. 8 (otto) dispenser** di soluzione biocida disinfettante a base alcoolica per l'igiene delle mani, sempre con un sistema "a cartucce", negli ambienti dedicati alle attività riabilitative (Palestra grande e area box mezzi fisici strumentali) presenti al piano seminterrato dell'edificio "A" della Casa di Cura.

Ciò ha consentito quest'anno, per la prima volta, di coinvolgere l'intera pianta organica del personale tecnico-sanitario della Riabilitazione nel consueto Studio osservazionale sull'adesione degli operatori sanitari alla corretta prassi dell'igiene delle mani, svoltosi dal 2 al 9 maggio 2024, ovvero in corrispondenza della settimana in cui ricorreva la Giornata mondiale dell'Igiene delle mani promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)².

Sempre nell'anno solare 2024, è stata svolta regolare manutenzione (ed eventuale sostituzione/riparazione) dei porta salviette di carta monouso per l'igiene delle mani e/o degli asciugamani elettrici ad aria calda presenti nelle infermerie dei reparti e nei servizi igienici della Struttura.

L'obiettivo principale, per questo preciso requisito in cui è stato rilevato, per il quarto anno consecutivo, quale esito "AVANZATO" (da attribuirsi, in via esclusiva, al costante impegno profuso da parte di tutti gli *stakeholder* coinvolti dell'organizzazione), è quello di mantenere nel tempo il medesimo risultato.

¹ Il Punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente (Fonte: Determinazione Regione Lazio 26/02/2021, n. G02044. Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani").

² <https://www.epicentro.iss.it/igiene-mani/giornata-mondiale-2024>.

	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 5 di 12</p>
---	--	--

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

1) I *dispenser* per l'erogazione di prodotti a base alcolica per l'igiene delle mani devono essere disponibili in tutti i seguenti ambienti:

- stanze di degenza;
- infermerie/medicherie;
- locali di preparazione dei farmaci;
- palestre;
- area dedicata all'esecuzione dei mezzi fisici strumentali per le attività di Riabilitazione;
- day hospital;
- ambulatori;
- ingresso dei reparti;
- locali ristoro/relax;
- sui carrelli adibiti all'attività assistenziale.

Per consentire un facile utilizzo del prodotto, il *dispenser* deve essere accessibile senza doversi allontanare dalla zona in cui si effettuano le prestazioni clinico-assistenziali e, comunque, entro due metri dall'operatore sanitario.

Indicazioni particolari

- La parte terminale dell'erogatore non deve venire a contatto con le mani dell'operatore durante l'uso. Pulire la confezione se la soluzione antisettica fuoriesce e sporca il flacone.
- Sul flacone va indicata con un pennarello indelebile la data di apertura.
- Le schede tecniche e di sicurezza dei prodotti in uso devono essere presenti in ogni unità operativa.
- Laddove per motivi di sicurezza legati alle caratteristiche cliniche del paziente (a esempio, per patologia neurologica o psichiatrica) non sia possibile utilizzare il dispenser fisso vicino al letto del paziente/ospite, si dovrà ovviare fornendo agli operatori confezioni monouso di soluzione idroalcolica ovvero dotando i carrelli di servizio di flaconi portatili.

2) Nelle UU.OO. l'approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani avviene secondo le medesime modalità operative e impiego di modulistica previsti per il rifornimento di farmaci e presidi.

I Coordinatori infermieristici sono tenuti a vigilare sia per le operazioni di approvvigionamento/distribuzione che di monitoraggio dei prodotti per l'igiene delle mani, sotto la supervisione/responsabilità della Direzione sanitaria e del *Clinical Risk Manager*.

Per le altre aree e servizi (comprese le palestre) è l'Ufficio *Servizi Generali*, con il supporto dei manutentori, che provvederà all'approvvigionamento e al monitoraggio dei prodotti per l'igiene delle mani (quest'ultimo anche con l'ausilio del referente del Servizio farmaceutico), oltre alle seguenti attività:

- manutenzione dei lavandini e dei *dispenser*;
- segnalazione di eventuali guasti e/o carenze nelle forniture;
- distribuzione dei *dispenser* all'interno della Struttura.

Matrice della Responsabilità

<i>Azione</i>	<i>Coordinatori infermieristici</i>	<i>Ufficio Servizi Generali</i>	<i>Servizio di Manutenzione interna</i>	<i>Direzione sanitaria</i>
Approvvigionamento e monitoraggio prodotti per l'igiene delle mani: unità operative (aree di degenza).	C	I	I	R
Approvvigionamento e controllo prodotti per l'igiene delle mani: aree comuni, servizi, uffici, palestre.	-	C	I	R
Manutenzione dei lavandini e dei dispenser.	I	R	C	I
Segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture.	I	R	I	C
Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura.	I	C	I	R

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

	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 7 di 12</p>
---	--	--

4. SEZIONE B. FORMAZIONE DEL PERSONALE

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 90/100, livello **AVANZATO** (esito Piano 2024: 90/100, livello AVANZATO).

Punti di forza.

Sulla base delle evidenze rilevate, per quanto riguarda la *Formazione del personale*, si registrano i seguenti punti di forza:

1) è prevista una specifica attività continua e monitorata per il personale sanitario e socio-sanitario almeno una volta all'anno, attraverso un approccio formativo *blended*. In particolare, nell'anno 2024, sono stati formati n. 11 nuovi Formatori e Osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani, nonché, promosse numerose altre attività/iniziative sul tema (si veda **allegato n. 4**).

2) Il *Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani* e il presente *Piano di azione locale* sono sempre accessibili sulla piattaforma intranet aziendale AuxoRoma.net³ al percorso: DOCUMENTI → ALTRI REGOLAMENTI, oltre a essere stati capillarmente distribuiti a tutti i Responsabili medici, ai Coordinatori infermieristici, al Coordinatore del personale tecnico-sanitario di Riabilitazione di tutte le UU.OO. della Struttura, al Responsabile dell'Ufficio dei Servizi Generali e al personale interno della manutenzione.

Inoltre il presente Piano, costituendo parte integrante e sostanziale del Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS), è disponibile anche sul sito internet istituzionale della Struttura.

3) È stata predisposta, approvata e stabilita la distribuzione della *brochure* sull'igiene delle mani "IGIENE DELLE MANI: QUANDO, COME E PERCHÈ?" dal CC-ICA nella Seduta del 20/12/2021, nonché, più volte ristampata (su carta patinata opaca 250 gr., a 4 colori) e costantemente diffusa sia alle risorse umane neoassunte (di *default*, come da specifica istruzione operativa), che ai familiari dei Pazienti/Ospiti e ai visitatori, generalmente, in occasione della Giornata mondiale sull'igiene delle mani che si celebra ogni 5 maggio (**allegato n. 5**) e in caso di isolamento dei Pazienti/Ospiti per cause di natura infettivologica.

4) Sul sito dell'Istituto Auxologico Italiano e sui *social media* ad esso collegati (Facebook, Instagram, LinkedIn, X, Youtube, etc.) sono presenti contenuti *ad hoc* sull'igiene delle mani, quali, a esempio:

<https://www.auxologico.it/lavarsi-mani-quando-perche-farlo>;

<https://www.auxologico.it/news/giornata-mondiale-lavaggio-mani>;

<https://www.auxologico.it/lavare-mani-chirurgo>;

Istituto Auxologico Italiano: Instagram "Auxologico", storie in evidenza: "Igiene delle mani", al seguente link:

<https://www.instagram.com/stories/highlights/17853412372860866/>.



5) Sono presenti, in maniera ben visibile, n. 60 poster su supporto forex, dimensioni 100 x 70 cm, in tutte le UU.OO. e i nuclei di degenza della Struttura, riguardanti la corretta modalità del lavaggio delle mani sia con acqua e sapone che con la soluzione alcoolica e i "5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani", secondo le indicazioni e la l'infografica fornite dalla *World Health Organization*, WHO/Ministero della Salute/Istituto Superiore di Sanità, ISS/Centro nazionale per il controllo e la prevenzione delle malattie, CCM.

³ Piattaforma intranet aziendale AuxoRoma.net: <http://172.16.2.17/>.

	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025</p>	<p style="text-align: right;">CDC_PIA_man</p> <p style="text-align: right;">pagina 8 di 12</p>
---	--	--

Inoltre, nei servizi igienici delle medicherie e delle infermerie sono presenti specifici cartelli per sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di una corretta e assidua igiene delle mani.

6) Nella Struttura è presente un *Clinical Risk Manager*, con specifiche competenze atte alla promozione di programmi di formazione sull'igiene delle mani, specialista in Igiene e Medicina Preventiva.

7) Analogamente all'anno precedente, è stato definito un *budget* annuale di spesa, da parte della Direzione, dedicato alla formazione e alle iniziative di sensibilizzazione sulla pratica dell'igiene delle mani.

Punti di miglioramento. Oltre alle routinarie attività formative previste sul tema, per l'anno 2025 viene stabilita la formazione specifica di ulteriori almeno n. 10 (dieci) Formatori e Osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani, selezionati tra il personale sanitario e socio-sanitario della Struttura, attraverso la partecipazione a un **Corso residenziale con rilascio di crediti formativi ECM** (corso in fase di accreditamento; Provider: Istituto Auxologico Italiano).

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

1) L'obiettivo della formazione è quello di promuovere costantemente un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari e socio-sanitari della Struttura.

L'organizzazione, a tal riguardo, può avvalersi di diverse metodologie (formazione frontale, a distanza, sul campo, modalità *blended*, mediante poster, *brochure*, *social media* aziendali, contenuti video specifici proiettati sul maxi schermo posto all'ingresso della Struttura, somministrazione di questionari di valutazione, altre forme e modalità di sensibilizzazione, etc.), affinché possa essere coinvolta una platea più ampia possibile.

2) Il Piano formativo, per l'anno 2025, prevede almeno un evento formativo, comprensivo di verifica delle competenze, che possa coinvolgere quanti più operatori possibili, ponendo particolare attenzione al personale neoassunto e alla formazione specifica di almeno n. 10 nuovi formatori e osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani. Il calendario dovrà essere definito entro il 28/02 dell'anno solare dal *Responsabile della formazione*.

3) I formatori, oltre al CRM, potranno essere identificati anche tra lo stesso personale sanitario e socio-sanitario della Struttura sempre che vi sia evidenza che lo stesso sia stato, a sua volta, adeguatamente formato.

4) L'organizzazione s'impegna a identificare opportunità specifiche per realizzare momenti formativi sia per i formatori che per gli osservatori. Per quest'ultimi, in particolare, occorrerà prevedere una formazione specifica aggiuntiva consistente in un addestramento sul campo sotto la supervisione di un *tutor* esperto.

6) Nell'ambito degli incontri annuali del CC-ICA si dovrà considerare, tra gli argomenti all'ordine del giorno, l'aggiornamento del materiale per la formazione e la sostituzione di quello obsoleto, laddove ritenuto necessario.

Riepilogando, la formazione, con obiettivi formativi differenziati, è rivolta a tre principali categorie di operatori:

a. Formatori: sono le figure che saranno incaricate di formare, anche con sessioni pratiche, gli operatori sanitari. Per questo motivo dovrebbero essere scelti fra professionisti adeguatamente competenti e motivati oltre che sufficientemente autorevoli all'interno di specifici *team*.

b. Osservatori: il loro ruolo è fondamentale per consentire alle Strutture di porre in atto un'adeguata attività di monitoraggio e di *feedback* nei confronti dei propri operatori (si veda anche paragrafo successivo).

c. Operatori sanitari.

Contenuti minimi della formazione per gli Operatori:

- definizione e impatto delle ICA;
- principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- la prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
- l'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;
- strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA;
- descrizione delle esperienze e valutazione delle strategie adottate a livello aziendale.

	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 9 di 12</p>
---	--	--

5. SEZIONE C. VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E *FEED-BACK*

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 75/100, livello INTERMEDIO (esito Piano 2024: 70/100, livello INTERMEDIO).

Nella Struttura vengono regolarmente eseguiti i controlli sulla disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.), verificate le conoscenze degli operatori ed eseguiti i monitoraggi (indiretti) sul consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani (che deve essere **pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni/paziente⁴**).

Nell'anno 2024 è stata eseguita, in tutte le UU.OO. della Casa di Cura, i nuclei assistenziali della RSA e, per la prima volta, anche durante lo svolgimento delle attività riabilitative effettuate nella palestra e nei locali dedicati ai mezzi fisici strumentali, un'indagine di **monitoraggio diretto** ovvero di verifica della corretta pratica dell'igiene delle mani svolto da osservatori formati (indagine di osservazione diretta mediante l'impiego di schede predisposte *ad hoc*).

In occasione del suddetto studio osservazionale, sono state valutate complessivamente n. 1.326 opportunità (vs. n. 384 del 2023) e registrata un'adesione/compliance ai 5 momenti d'igiene delle mani pari all'80,0% (vs. 69,4% del 2023). Per l'analisi dettagliata si veda **allegato n. 4**. Anche per l'anno 2025 è prevista l'esecuzione di una nuova rilevazione.

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

1) L'Ufficio *Servizi generali* e il *Servizio farmaceutico* sono tenuti al monitoraggio del consumo dei prodotti per l'igiene delle mani attraverso la redazione di specifici **report trimestrali**, da trasmettere alla direzione sanitaria entro il giorno 15 del mese successivo al trimestre di riferimento (per esempio, entro il 15/04 saranno comunicati i risultati relativi al I trimestre dell'anno solare), riguardanti i seguenti aspetti:

- consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani nella Struttura;
- consumo di sapone nella Struttura;
- monitoraggio del consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani in relazione al consumo minimo stabilito dall'OMS pari ad **almeno 20 litri per 1000 gg./paziente** (i dati sulle giornate di occupazione dei pazienti sono forniti dall'Ufficio SIO).

2) Esecuzione di uno Studio osservazionale sulla pratica dell'igiene delle mani comprendente una successiva valutazione e *feedback* con diffusione dei risultati emersi, prevedendo l'esecuzione di almeno n. 1 rilevazione per ciascuna UU.OO. individuando, quale obiettivo principale, quello di un numero minimo di n. 500 (cinquecento) opportunità per unità operativa e/o categoria professionale.

⁴ Standard di riferimento stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS: "[omissis] consumo ≥ 20 litri di gel che ogni 1000 giornate di degenza vengono utilizzati dal personale sanitario, pazienti e caregiver").

	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 10 di 12</p>
---	--	---

6. SEZIONE D. COMUNICAZIONE PERMANENTE.

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 100/100, livello AVANZATO (esito Piano 2024: 100/100, livello AVANZATO).

Sulla base delle evidenze ottenute, per quanto riguarda la *comunicazione permanente*, risulta che sono esposti nelle aree di degenza della Struttura n. 60 (sessanta) poster che illustrano la corretta tecnica di lavaggio delle mani e su come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica.

Inoltre, sono stati messi in atto, concretamente, tutti i punti di miglioramento individuati nel Piano precedente, quali, per esempio, il rendere costantemente disponibili opuscoli informativi sull'igiene delle mani, nonché, reminder/promemoria sul posto di lavoro quali *screensaver*, spille, adesivi, etc. (si veda **allegato n. 4**).

Giova rammentare, inoltre, che la Direzione ha pubblicato un *handbook* tascabile, distribuito a tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari della Struttura, dal titolo: "*Protocolli sanitari standard*", originato da un gruppo di lavoro interaziendale, all'uopo predisposto e coordinato dal CRM, in cui il numero di occorrenze del termine "**igiene delle mani**" è presente per ben n. 87 volte.

Nel corso dell'anno solare 2024 sono stati acquistati n. 13 nuovi poster di cui n. 12 affissi nelle UU.OO. in aggiunta a quelli già presenti (n. 48) e n. 1 in sostituzione di un poster in RSA, ed. B. che, sulla base dell'ispezione visiva del CRM condotta in data 22/04/2024, non risultava essere in buone condizioni. Si veda anche **allegato n. 3**, sez. "B" (ricognizione del CRM: ispezione visiva poster).

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

Nell'ambito delle attività del CC-ICA si eseguiranno, nell'arco dell'anno solare, le seguenti azioni:

- definire i requisiti per aggiornare e/o fornire nuovi materiali;
- fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, *brochure*, etc.) in tutti gli ambienti clinici;
- assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti;
- distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici;
- pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi dai poster e da opuscoli.

	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025</p>	<p style="text-align: right;">CDC_PIA_man</p> <p style="text-align: right;">pagina 11 di 12</p>
---	--	---

7. SEZIONE E. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 95/100, livello **AVANZATO** (esito Piano 2024: Punteggio rilevato: 95/100, livello AVANZATO).

Punti forza. I punti di forza emersi dal *Questionario di Autovalutazione* sono:

- 1) presenza di una *Direzione Strategica* che s'impegna visibilmente, attraverso azioni concrete, nel sostenere le azioni di promozione e di miglioramento sulla pratica dell'igiene delle mani, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità.
- 2) Esistenza di un programma per la promozione dell'igiene delle mani, anche in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani (5 maggio), predisposto e discusso annualmente in sede di CC-ICA.
- 3) Coinvolgimento dei pazienti/familiari/*caregiver* sul tema dell'importanza dell'igiene delle mani anche attraverso specifici contenuti pubblicati periodicamente sui *social media* di "Auxologico".

Punti di miglioramento. Occorrerebbe incrementare la frequenza degli incontri dello specifico sottogruppo/*team*, che pur è stato individuato nell'ambito delle ordinarie attività del CC-ICA, dedicato al tema dell'igiene delle mani per la promozione di interventi attivi sull'igiene delle mani e con lo scopo di concorrere al conseguimento di tutti gli obiettivi prestabiliti dal presente *Piano*.

Giova evidenziare, invece, che l'identificazione dei *leader/promotori* dell'igiene delle mani, l'attuazione di specifiche azioni per il *miglioramento continuo* attraverso l'uso di differenti canali (a esempio, strumenti *e-learning*; comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani, quali, *newsletter*, etc.; sistemi di responsabilizzazione/incentivazione del personale per sviluppare una maggiore attenzione e sensibilizzazione, anche mediante iniziative per premiare e/o riconoscere comportamenti virtuosi da parte dei singoli operatori sanitari/unità operative/servizi; etc.), sono tutte misure che, nel corso dell'anno solare 2024, sono state promosse e realizzate (**allegato n. 4**).

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

Nell'ambito delle regolari riunioni e attività/obiettivi del *Piano Annuale di Rischio Sanitario* (PARS) l'implementazione del presente *Piano di azione locale* costituisce uno degli obiettivi prioritari.

Il CC-ICA, in raccordo con la Direzione sanitaria, anche attraverso l'istituzione di uno specifico sottogruppo/*team* operativo, rappresenta l'organismo principale per la promozione di tutte le attività e le azioni connesse al tema dell'igiene delle mani, così come declinate dal presente *Piano*.

	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2025</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 12 di 12</p>
---	--	---

8. ALLEGATI

- **ALLEGATO n. 1.** Questionario di Autovalutazione 2025 (anno di riferimento: 2024), di pag. 3.
- **ALLEGATO n. 2.** Requisiti strutturali e tecnologici. Ricognizione del *Clinical Risk Manager*: sezione A. Servizi igienici aree di degenza; sezione B. Ispezione visiva poster; di pag. 12.
- **ALLEGATO n. 3.** Schede tecniche soluzione alcolica e altri specifici prodotti impiegati nella Casa di Cura e nella RSA per l'igiene delle mani, di pag. 24.
- **ALLEGATO n. 4.** Principali iniziative promosse e realizzate nell'anno 2024 sul tema della pratica dell'igiene delle mani, di pag. 47.
- **ALLEGATO n. 5.** *Brochure* sull'igiene delle mani "Igiene delle mani: quando, come e perchè?", di pag. 4.

(Totale allegati: pagine 90).