

## DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

OGGETTO: Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) - anno 2024

STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO PER LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO - UOC Sicurezza, Qualità e Risk Management

Centro di Costo: BA05      L'Estensore: Dott. ALDEBRANDO BOSSI      Il presente Atto non contiene dati sensibili

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento	UOC Sicurezza, Qualità e Risk Management	DIPARTIMENTO PER LO SVILUPPO ORGANIZZATIVO
Dott. ALDEBRANDO BOSSI	Dott.ssa MADDALENA QUINTILI	Dott.ssa MADDALENA QUINTILI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

L'Atto non comporta impegno di spesa

<b>Parere del Direttore Amministrativo Dr.ssa Roberta Volpini</b>		
<b>Favorevole</b> <input type="text"/>	(con motivazioni allegate al presente atto) <b>Non favorevole</b>	<input type="text"/>
<b>Parere del Direttore Sanitario Dr. Gennaro D'Agostino</b>		
<b>Favorevole</b> <input type="text"/>	(con motivazioni allegate al presente atto) <b>Non favorevole</b>	<input type="text"/>
Il presente provvedimento si compone di n.46 pagine di cui n. 42 pagine di allegati	<b>Il Commissario Straordinario</b> <b>Dr. Giuseppe Quintavalle</b>	<input type="text"/>

## **IL DIRETTORE UOC Sicurezza Qualità e Risk Management**

**VISTA** la deliberazione del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 n. 1 del 1 gennaio 2016, con la quale si è provveduto a prendere atto dell'avvenuta istituzione dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1 la stessa a far data dal 1° gennaio 2016, come previsto dalla legge regionale n. 17 del 31.12.2015 e dal DCA n. 606 del 30.12.2015;

**VISTO** il Decreto del Presidente della Regione Lazio, T00013 del 05.04.2023 avente per oggetto: Nomina del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale ASL ROMA 1 (Art. 8, comma 7 bis, della legge regionale 16 giugno 1994, n° 18 e s.m.i.) Dott. Giuseppe Quintavalle;

**VISTO** l'Atto di Autonomia Aziendale, approvato con deliberazione n. 1153 del 17 dicembre 2019, recepito con D.C.A. U00020 del 27.01.2020, pubblicato sul BURL del 30.01.2020 n. 9;

**VISTA** la Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 della Direzione Generale Salute ed Integrazione Sociosanitaria della regione Lazio ad oggetto "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)";

**VISTA** la Legge 8 marzo 2017, n. 24, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";

**CONSIDERATA** la Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";

**TENUTO CONTO** che con Decreto del Commissario ad acta n° U00400 del 29/10/2018 vengono trasferite le competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico;

**TENUTO CONTO** del disposto Regionale che considera necessario favorire una visione unitaria del rischio sanitario da parte delle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale nonché dell'ARES 118 diversificando gli adempimenti documentali in relazione alla specifica complessità organizzativa e assistenziale delle summenzionate strutture;

**CONSIDERATO** il "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" elaborato dal Centro Regionale Rischio Clinico, i cui contenuti sono stati presentati agli operatori della ASL Roma 1 e di tutte le altre strutture pubbliche e private del SSR nel corso dell'incontro in videoconferenza tenutosi il 17 dicembre 2021;

**CONSIDERATO** necessario quindi adottare il Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario per l'anno 2023, allegato e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento nel rispetto delle indicazioni Regionali di cui alla nota n. U.0091714 DEL 22-01-2024;

**RITENUTO** utile, come previsto nella nota n. U.0091714 DEL 22-01-2024, allineare le attività previste nel PARS con quelle del Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano predefinito 10-PP10) e del Piano Nazionale per il contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);

**ATTESO** che a seguito dell'adozione del presente provvedimento non sono previste spese a carico del Bilancio aziendale;

**ATTESTATO CHE** il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella

sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

### **PROPONE**

Per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di adottare il Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) – anno 2024, allegato e parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di allineare le attività previste nel PARS con quelle del Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano predefinito 10-PP10) e del Piano Nazionale per il contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio online aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69.

### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**IN VIRTÙ** dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D. Lgs 502/1992 e ss.mm.ii;
- dall'art. 8 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii
- nonché delle funzioni e dei poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio, n. T00013 del 05/04/2023"

**LETTA** la proposta di delibera sopra riportata presentata dal Dirigente Responsabile dell'Unità in frontespizio indicata;

**PRESO ATTO** che il Direttore della Struttura proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, comma 1, della Legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

**ACQUISITI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportati in frontespizio

### **DELIBERA**

di adottare la proposta di deliberazione avente per oggetto "Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) – anno 2024" e conseguentemente, per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- di adottare il Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario (PARS) – anno 2024, allegato e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di allineare le attività previste nel PARS con quelle del Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano predefinito 10-PP10) e del Piano Nazionale per il contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- di disporre che il presente atto venga pubblicato in versione integrale nell'Albo Pretorio online aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.06.2009 n. 69.

Il Direttore della Struttura proponente provvederà all'attuazione della presente deliberazione curandone altresì la relativa trasmissione agli uffici/organi rispettivamente interessati.

Il COMMISSARIO STRAORDINARIO  
Dott. Giuseppe Quintavalle

# PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

## PARS 2024

### INDICE

1. PREMESSA.....	2
1.1    Contesto organizzativo .....	3
1.2    Descrizione degli eventi/sinistri avvenuti nella ASL Roma 1 .....	5
Tabella 7: Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3, L. 24/2017) .....	6
1.3    Descrizione della posizione assicurativa ASL ROMA 1 .....	6
3. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ CONTENUTE NEL PARS 2023.....	10
GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....	10
4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS .....	12
5. OBIETTIVI E ATTIVITÀ - GESTIONE DEL RISCHIO .....	12
6. ATTIVITÀ PREVISTE PER IL 2024.....	13
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER IL 2024 PER LA - GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....	17
8. ATTIVITÀ PREVISTE PER IL 2024.....	18
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	21
9. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....	21
ALLEGATO 1 – PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI.....	23

## **Il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) nella ASL ROMA 1 - 2024**

### **1. PREMESSA**

Nel PARS 2024 della ASL Roma 1 sono individuati ruoli, responsabilità e attività da mettere in campo per il raggiungimento degli obiettivi indicati nelle Linee di indirizzo regionali:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani.

Il PARS può essere considerato uno strumento organizzativo e tecnico utile a favorire una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti negli specifici contesti assistenziali, con la duplice valenza che, da un lato, sostiene il perseguimento dell'obiettivo primario che è quello di diminuire le potenzialità di errore attivo nell'organizzazione e dall'altro contenere la complessiva sinistrosità dell'Azienda.

Il Documento rappresenta quindi lo strumento con cui si programmano, si promuovono e si realizzano le politiche Aziendali e gli interventi coordinati, volti a prevenire i rischi che possono interessare il paziente durante il percorso di cura, rendendo partecipe tutta l'organizzazione, in primis operatori sanitari e pazienti.

Alla concreta realizzazione devono contribuire tutte le componenti operanti nella nostra organizzazione e il Risk Management, al fine di porre al centro della programmazione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, svolge un ruolo centrale integrando i vari ruoli e valorizzando la responsabilità di tutti i professionisti sanitari.

Gli strumenti di intervento proattivo-reattivo sono fondamentali per le attività di Risk Management, poiché possono garantire prestazioni sanitarie di qualità e per comprendere appieno l'importanza di un PARS adeguato alla realtà dell'Azienda occorre proseguire nella continuità degli interventi che in questi anni sono stati proposti, realizzati, via via monitorati e in divenire sino al loro consolidamento.

Il reale valore degli obiettivi da perseguire, le azioni pensate e sviluppate per concretizzarli spesso richiedono tempi lunghi, dettati soprattutto dalla necessità di preparare l'organizzazione, che è fatta di persone, a recepire positivamente le proposte di cambiamento e avviare al meglio i nuovi modelli organizzativi che l'evidenza ci mostra essere più sicuri.

In quest'ottica, la gestione integrata del rischio ha condotto a efficaci cambiamenti nei comportamenti, promuovendo il valore della cultura della sicurezza e della salute più attenta alle esigenze di pazienti e operatori.

## 1.1 Contesto organizzativo

La superficie totale della ASL ROMA 1 è di 524,0 km<sup>2</sup> pari a 40,8% della superficie complessiva del Comune di Roma. La popolazione della ASL ROMA 1 è di circa 991.973 pari a circa il 36% della popolazione complessiva residente nel Comune di Roma (*fonte dati: Ministero della Salute - Popolazione residente al 31 dicembre 2021*).

La densità abitativa è pari a 2.009, ab/km<sup>2</sup>. La popolazione over 65 è pari al 22,4% del totale (valore in linea con il dato Regionale e Nazionale).

Il territorio della ASL ROMA 1 è connotato da una forte presenza turistica e commerciale con impatto sul potenziale bacino di pazienti di competenza dell'azienda.

In base ai fattori demografici, economici ed epidemiologici, il sistema sanitario deve confrontarsi e dare risposte a una popolazione di utenti con caratteristiche differenti rispetto al passato, che si configurano pertanto in nuove tipologie di pazienti. In particolare, il quadro di morbidità si sta modificando e non influenza solo gli aspetti economici ma richiede un cambiamento di *Clinical Governance*.

I Presidi Ospedalieri direttamente gestiti dall'azienda sono l'Ospedale S. Filippo Neri, L'Ospedale S. Spirito, l'Ospedale Monospécialistico Oftalmico - Centro di riferimento Regionale. Inoltre, presso il Nuovo Regina Margherita e il Centro per la salute della Donna S. Anna viene svolta attività in regime di ricovero diurno.

Di seguito sono riportati i dati riferiti alla dotazione di p. l. dei 3 presidi della ASL Roma 1.

**Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale**

DATI STRUTTURALI		POSTI LETTO ORDINARI	
Estensione territoriale	524,0 km <sup>2</sup>	08-CARDIOLOGIA	47
Popolazione residente	1.531.180	09-CHIRURGIA GENERALE	55
Presidi Ospedalieri Pubblici	3	10-CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	5
Distretti Sanitari	6	14-CHIRURGIA VASCOLARE	18
Posti letto ordinari	544	26-MEDICINA GENERALE	83
Posti letto diurni (DH+DS)	71	30-NEUROCHIRURGIA	16
Blocchi Operatori	7	32-NEUROLOGIA	16
Sale Operatorie	28	34-OCULISTICA	12
Terapie Intensive	5	36-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	49
		37-OSTETRICIA E GINECOLOGIA	38
		38-OTORINOLARINGOIATRIA	5
		40-PSICHIATRIA	32
		43-UROLOGIA	16
		49-TERAPIA INTENSIVA	36
		50-UNITA' CORONARICA	13
		51-BREVE OSSERVAZIONE	34
		56-RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	17
		58-GASTROENTEROLOGIA	16
		62-NEONATOLOGIA	12
		64-ONCOLOGIA	9
		68-PNEUMOLOGIA	15

Fonte: archivio SIO anno 2023

DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE (Anno 2023)	
Ricoveri ordinari n. 17.155	
Accessi PS n. 109.816	
Ricoveri diurni n. 5980	
Neonati n. 1.432	
<b>Prestazioni ambulatoriali erogate dai Presidi pubblici</b>	
<b>27 Branche specialistiche</b>	<b>Nr. Prestazioni</b>
<b>TOTALE prestazioni ambulatoriali erogate presidi pubblici*</b>	<b>915.114</b>

\*esclusa branca 00 - laboratorio analisi

Fonte: archivio SIAS 2023

**Tabella 2 – Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero**

Codice struttura	Struttura	Cod.	Specialità	Degenze ordinarie
120285	Ospedale San Filippo Neri	08	Cardiologia	30
		09	Chirurgia Generale	29
		10	Chirurgia Maxillo Facciale	5
		14	Chirurgia vascolare	18
		26	Medicina generale	48
		30	Neurochirurgia	16
		32	Neurologia	16
		36	Ortopedia e traumatologia	25
		37	Ostetricia e ginecologia	22
		38	Otorinolaringoiatria	5
		40	Psichiatria	16
		43	Urologia	16
		49	Terapia Intensiva	24
		50	Unità coronarica	6
		51	Breve Osservazione	15
		56	Riabilitazione Cardiologica	17
		58	Gastroenterologia	16
		62	Neonatologia	8
		64	Oncologia	9
		68	Pneumologia	15
		<b>TOTALE</b>		<b>356</b>
120026	Ospedale Santo Spirito	08	Cardiologia	17
		09	Chirurgia Generale	26
		26	Medicina generale	35
		36	Ortopedia e traumatologia	24
		37	Ostetricia e ginecologia	16
		40	Psichiatria	16
		49	Terapia Intensiva	12
		50	Unità coronarica	7
		51	Breve Osservazione	19
		62	Neonatologia	4
		<b>TOTALE</b>		<b>176</b>
120030	Ospedale Oftalmico	12	Oculistica	12
		<b>TOTALE</b>		<b>12</b>

**Criteri dei dati presentati**

*dato su P.L. e sale operatorie: modelli NSIS 2023 al netto dei P.L. COVID*

*dato su ricoveri: archivio SIO – gennaio-dicembre 2023 (no 13° mese), tutti gli oneri, Presidi Ospedalieri*

*dato su accessi in PS: archivio SIES – gennaio-dicembre 2023 (non definitivo), Presidi Ospedalieri*

*dato su assistenza specialistica: archivio SIAS – gennaio-dicembre 2023 (non definitivo), tutti gli oneri, esclusa la branca 00 – laboratorio analisi, inclusi APA e PAC, gestione diretta.*

<b>Tabella 3</b> Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero: San Filippo Neri	
P.L. diurni	37
N. Sale Operatorie*	14
N. Servizi trasfusionali	1
Numero ricoveri ordinari	11.139
Numero ricoveri diurni	2.037
Numero accessi PS	25.981

<b>Tabella 4</b> Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero: Santo Spirito	
P. L. diurni	26
N. Sale Operatorie*	10
N. Servizi trasfusionali	1
Numero ricoveri ordinari	4.971
Numero ricoveri diurni	3.687
Numero accessi PS	24.373
Numero neonati o parti	486
Numero neonati o parti	946

<b>Tabella 5</b> Dati di attività aggregati per singolo Presidio Ospedaliero: Oftalmico	
P.L. diurni	8
N. Sale Operatorie*	4
Numero ricoveri ordinari	1.045
Numero ricoveri diurni	256
Numero accessi PS	59.462



## 1.2 Descrizione degli eventi/sinistri avvenuti nella ASL Roma 1

Il verificarsi di un evento dannoso a un paziente è sempre un momento molto critico per l'organizzazione; va gestito con la collaborazione di tutti cercando di comprendere i meccanismi che hanno reso possibile il suo verificarsi e mettere in atto azioni correttive affinché non accada di nuovo.

Secondo la definizione del Ministero della Salute, gli accadimenti negativi che possono interessare il paziente durante il percorso di cure, possono essere così classificati:

- Evento Avverso (EA):** evento inatteso correlato al processo assistenziale 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 evitato (Near Miss - NM o Close Call - CC):** errore che ha la potenzialità di causare un EA 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.

La segnalazione degli ES e degli EA è una fase importante che deve necessariamente trovare la collaborazione di tutti gli operatori; offre l'opportunità di evidenziare le possibilità di miglioramento dell'assistenza affinché tutta l'organizzazione ne tragga beneficio.

I tempi e le modalità di segnalazione degli eventi sono descritte dettagliatamente all'interno della Procedura aziendale n. PRO07 "Gestione e comunicazione degli Eventi Sentinella, Eventi Avversi e Near Miss" del 23/08/2022.

Nelle tabelle che seguono è riportato il totale degli eventi che si sono verificati nel 2022 (Tab. 6) e le richieste di risarcimento della ASL Roma 1 dal 2019 al 2029 (Tab. 7).

Ai sensi dell'art. 2, c. 5 e art. 4, c. 3 della L. 24/2017 i dati sono pubblicati in forma sintetica anche sul portale della ASL Roma 1 rimandando l'analisi degli eventi accaduti ad un documento che sarà pubblicato successivamente; quello che al momento si può rilevare è una riduzione del numero delle segnalazioni mediante I.R. accompagnato anche da riduzione del numero delle cadute: 25%. Gli eventi sentinella segnalati nel 2023 sono lievemente ridotti rispetto al 2021: rispettivamente n. 4 eventi sentinella a fronte dei 5 segnalati nell'anno precedente.

**Tabella 6: Eventi Avversi, Eventi Sentinella e Near Miss avvenuti nella ASL Roma 1 nel 2023**

Tipo di evento	n.	% <sup>(1)</sup>	di cui	% <sup>(2)</sup>	Principali fattori <sup>(3)</sup> causali/contribuenti (secondo classificazione)	Fonte del dato
			n. cadute			
Near Miss	235	68,4	141	65	Strutturali=0,4% Tecnologici=0,4% Organizzativi=36,6% Individuali <sup>(4)</sup> =59%; più di un fattore contribuyente=3,4%	I.R.
Eventi Avversi	106	31	76	35	Strutturali=0,9% Organizzativi=53,7% Individuali <sup>(4)</sup> =41,5%; più di un fattore contribuyente=3,7%	I.R.
Eventi Sentinella	2	0,6	0	--	Solo Organizzativi	I.R.
<b>Totale</b>	<b>343</b>		<b>217</b>			

(1) Sul totale degli eventi complessivi verificatisi nel 2023 (EA+ES+NM).

(2) Sul totale degli eventi con la stessa classificazione.

(3) Strutturali, Tecnologici, Organizzativi (comprendenti Procedure/Comunicazione).

(4) Indica quelle condizioni particolari del paziente che hanno contribuito, più di altri fattori, al verificarsi dell'evento o della caduta.

**Tabella 7: Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3, L. 24/2017)**

Anno		N. Sinistri stragiudiziali	Risarcimenti erogati* dalle ex Aziende
2019	ASL Roma 1	72	€ 1.698.449,60
2020	ASL Roma 1	74	€ 2.168.866,24
2021	ASL Roma 1	63	€ 4.325.075,13
2022	ASL Roma 1	47	€ 3.681.346,76
2023	ASL Roma 1	39	€ 3.081.155,70
<b>Totale</b>		<b>295</b>	<b>€ 14.954.893,43</b>

\* i risarcimenti erogati fanno riferimento all'anno di pagamento del sinistro (giudiziale e/o stragiudiziale) e non all'anno di denuncia.

### **1.3 Descrizione della posizione assicurativa ASL ROMA 1**

ASL ROMA 1
<b>Dal 2016 ad oggi la ASL Roma 1 è in regime di auto-ritenzione del rischio</b>

Fonte: UOC Affari Generali 2023

## 2. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ CONTENUTE NEL PARS 2023

### GESTIONE DEL RISCHIO

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
n. 2 Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>ATTIVITÀ 1: Consolidamento della rete dei facilitatori per il rischio clinico della ASL Roma 1.</b> a) Formazione dei nuovi facilitatori e re-training di quelli già esistenti b) Predisposizione di atto deliberativo circa la composizione della rete Aziendale dei facilitatori per il Rischio Clinico	Si in parte	<p>Predisposto tutto il database con le nuove figure individuate e nominate dai Direttori di UOC/UO/UOSD/Responsabili di Funzioni Organizzative/Coordinamento, distinte per i diversi profili/ruoli professionali da formare.</p> <p>Effettuata formazione completa secondo il programma previsto di due giornate agli operatori dei Presidi: S. Filippo Neri, S. Spirito, Nuovo Regina Margherita, Oftalmico e Centro S. Anna.</p> <p>In programma la formazione degli operatori dei 6 Distretti e del DSM.</p>
<b>ATTIVITÀ 2: Organizzazione di evento/giornata formativa su tematiche riguardanti procedure derivanti da raccomandazioni ministeriali e prevenzione ICA (trasversale con attività programmate nel Piano rischio infettivo)</b> a) Elaborazione/Revisione della procedura b) Programmazione eventi formativi c) Realizzazione eventi formativi	Si	<p>a) Elaborate/revisionate e approvate le seguenti procedure aziendali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenzione della morte o disabilità grave del neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita<sup>(*)</sup></li> <li>- Procedura per l'indicazione e l'inserimento di cateteri venosi centrali e periferici<sup>(**)</sup></li> <li>- Prevenzione e gestione della polmonite nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica</li> <li>- Indicazioni per l'utilizzo di panni imbevuti di clorexidina 2%</li> <li>- Monitoraggio del Consumo di Soluzione IdroAlcolica (CSIA)</li> <li>- Procedura Sanificazione ambientale</li> <li>- Procedura Aziendale per l'igiene delle mani nelle Strutture Sanitarie Ospedaliere e Territoriali<sup>(***)</sup></li> <li>- Istruzione operativa Reprocessing strumenti endoscopici<sup>(****)</sup></li> <li>- Procedura per la gestione della donazione di tessuto corneale</li> <li>- Procedura per la gestione della donazione di tessuto muscoloscheletrico</li> <li>- Revisione della procedura Aziendale igiene delle mani nei P.O. e Territoriali</li> <li>- Redazione della Procedura aziendale per il lavaggio chirurgico delle mani</li> </ul> <p>b-c) le procedure sono state oggetto di presentazione e discussione nei servizi e agli operatori interessati.</p> <p><i>(*) Effettuata formazione della procedura revisionata nei giorni 27 marzo e 13 dicembre 2023 nell'ambito della presentazione del percorso nascita Asl Roma 1</i></p> <p><i>(**) Nei giorni 11 e 13 aprile 2023, dalle ore 10:00 alle 14:00 presso il Presidio Ospedaliero S. Spirito si sono svolte due edizioni del corso di formazione accreditato ECM (2,8 crediti) sulle "Infezioni Correlate agli accessi vascolari" (11/04/2023: evento 3 - 5413 Ed.1 e 13/04/2023: evento 3 - 5414 Ed. 1 rivolto al personale sanitario del P.O. S. Spirito. Scopo del corso è stato quello di condividere la "Procedura Aziendale per la prevenzione e controllo delle complicanze infettive correlate agli accessi vascolari" e aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari attraverso la promozione delle buone pratiche di prevenzione, controllo e gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Entrambi gli eventi si sono svolti in presenza. Hanno partecipato complessivamente 62 operatori sanitari. La seconda edizione, svoltasi il giorno 13/04/2023, ha previsto inoltre la registrazione del corso su piattaforma ZOOM in formato SCORM e inserito sul gestionale di formazione Aziendale ed essere così fruibile da parte di tutti gli operatori sanitari della ASL Roma 1 interessati alla tematica oggetto del corso di formazione.</i></p> <p><i>(*** Effettuata formazione/retraining sulla procedura Igiene mani in tutti i Presidi Ospedalieri e territoriali nel mese di maggio in occasione della giornata mondiale del 5 maggio e proseguita nell'ambito delle attività previste nel Piano regionale Igiene mani.</i></p>

		<p><b>(****)</b> l'istruzione operativa è stata presentata nell'ambito del PFA aziendale della UOC Gastroenterologia</p> <p>E' stata effettuata la formazione sulla revisione della procedura Clostridioides difficile anno 2022, svoltasi in stretta collaborazione tra il personale SFN e SS, che ha previsto n. 3 giornate formative realizzate nei seguenti giorni: 27 febbraio, 27 marzo e 27 aprile 2023 dalle ore 14.00 alle 16.30.</p> <p>E' stata effettuata la formazione sulla procedura "Gestione ferita chirurgica" che ha previsto n. 1 giornata formativa realizzata presso il PO S. Spirito nel seguente giorno: 13 giugno 2023.</p>
--	--	--

**OBIETTIVO B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.**

n. 2 Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p><b>ATTIVITÀ 1: Informatizzazione delle schede di I.R.: segnalazione cadute, aggressioni, eventi avversi</b></p> <p>a) Progettazione scheda e implementazione sui S.I. Aziendali b) Istruzioni uso scheda c) Gestione delle Informazioni raccolte</p>	Si in parte	<p>a) schede editabili progettate, ma non ancora fruibili sul Sistema GLS b-c) vedi punto a</p>
<p><b>ATTIVITÀ 2: Esecuzione di audit GRC da parte delle UO/Servizi Aziendali a seguito delle segnalazioni di EA, ES e NM</b></p> <p>a) Documentare le ragioni alla base della proposta dell'audit b) Valutazione della proposta c) Svolgimento dell'audit d) Stesura Alert Report conclusivo con relativo piano di miglioramento e diffusione dei risultati ai soggetti interessati e) Valutazione delle azioni correttive da apportare f) Implementazione delle azioni correttive da parte di tutti gli operatori del Servizio/UO interessata</p>	Si	<p>Tutte le segnalazioni pervenute tramite scheda IR sono state oggetto di valutazione per eventuale svolgimento di audit. Laddove l'evento sia stato ritenuto suscettibile di adozione di piano di miglioramento, è stato effettuato l'audit con implementazione delle azioni correttive da parte di tutti gli operatori del Servizio/UO interessata</p>

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

n. 4 Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p><b>ATTIVITÀ 1: IMPLEMENTAZIONE DEL SOFTWARE GESTIONALE PER GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO:</b></p> <p>a) Predisposizione di strumenti di rilevazione, attivazione Applicativi Web, piano degli adeguamenti. b) Prosecuzione nell'attività riguardante lo sviluppo degli applicativi web, già avviata per la gestione integrata del rischio</p>	SI (in progress)	<p>Attuazione in progress: Ampliamento nel dettaglio delle sezioni del software gestionale Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza dei Lavoratori - SGSL - che è composto di 6 sezioni principali per il lato gestionale 1) Sistema, 2) SGSL, 3) Sicurezza, 4) Salute, 5) Formazione e 6) Risk Management. Nello specifico la sezione 5) formazione è stata popolata con le anagrafiche e con l'attribuzione del protocollo formativo collegato alla qualifica, attraverso il sistema automatizzato di inserimento in anagrafica "Areas". Il Portale del Lavoratore con le sezioni di Informazione, Formazione e Segnalazione del lavoratore dispone di indicazioni relative a: Procedure generiche e specifiche contenente il database dello storico delle attività formative pregresse in modo da ottenere dei dati aggiornati per i dipendenti e per i Direttori. Nomine Addetti Emergenza, Segnalazioni. Si sta procedendo (in progress) alla compilazione e implementazione delle varie sezioni del Portale</p>
<p><b>ATTIVITÀ 2: Realizzazione di corsi di formazione/aggiornamento per i dipendenti sulla sicurezza negli ambienti di lavoro D.Lgs 81/08.</b></p> <p>a) Piano annuale di Formazione sulla sicurezza D. Lgs 81/08</p>	SI (in progress)	<p>a) Piano annuale di Formazione b) Si, in corso c) Il sistema è in grado di rilevare assunzioni, dimissioni, cambi di profilo e sede di assegnazione collegate alla gestione del rischio e attribuire la formazione e collegare la gestione del rischio conseguente.</p>

<p>b) Attivazione dei corsi di formazione e aggiornamento per: radio-esposti; preposti; addetti antincendio; primo soccorso e aggiornamento quinquennale dipendenti già formati.</p> <p>c) Avvio fascicolo formativo del personale</p> <p>d) Monitoraggio degli infortuni lavorativi</p> <p>e) Aggiornamento rischio stress lavoro correlato per Distretti e Presidi Ospedalieri</p>		<p>d) Si</p> <p>e) Si, in corso</p>
<p><b>ATTIVITÀ 3: Inserimento nel database dedicato degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.</b></p> <p>a) Alimentazione del database INAIL</p> <p>b) Monitoraggio degli infortuni lavorativi e delle malattie professionali</p>	SI	<p>a) tutte le segnalazioni di infortunio, comprese le aggressioni, vengono registrate nel database della UOC SQRM. L'invio all'INAIL viene gestito dall'Ufficio Infortuni aziendale.</p> <p>b) il follow-up degli infortuni a rischio biologico è effettuato dagli operatori della UOSD Medici Competenti; la documentazione relativa alle malattie professionali viene inviata congiuntamente dalla UOC SQRM e UOSD Medici competenti.</p> <p>Tutti gli infortuni vengono complessivamente valutati sia per frequenza che per modalità di accadimento.</p>
<p><b>ATTIVITÀ 4: Inserimento dei sinistri sul SIMES contestualmente alla notifica all'Azienda di una richiesta di risarcimento.</b></p> <p>a) Inserimento del sinistro nel portale SIMES</p>	SI condizionato	<p>Se la richiesta risarcitoria riporta i seguenti dati può essere inserito nel SIRES entro 7 giorni dalla notifica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anno di nascita del danneggiato/o;</li> <li>- presidio e/o struttura dove è avvenuto l'evento;</li> <li>- data di accadimento del sinistro;</li> <li>- tipologia dell'evento.</li> </ul>

OBIETTIVO A-B-C.		
n. 1 attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p><b>ATTIVITÀ 1: Miglioramento della salute e del benessere dei lavoratori secondo un approccio <i>Total Worker Health</i>.</b> la gestione delle aggressioni al personale sanitario.</p> <p>a) Costituzione di un team multidisciplinare</p> <p>b) Progettazione della modalità di raccolta dei dati sulle aggressioni</p> <p>c) Somministrazione questionario</p> <p>d) Elaborazione e presentazione dei report</p>	No	Ancora in fase progettuale

### 3. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ CONTENUTE NEL PARS 2023

#### GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Attività 1:</b> Progetto di informazione/formazione territorio-ospedale in tema di appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e contrasto all'antibiotico resistenza. In particolare, per il territorio, coinvolgimento di tutti i Distretti.  a) Report sul consumo di antibiotici nel Distretto coinvolto; Report annuale sul consumo degli antibiotici negli allevamenti zootecnici afferenti alla ASL ROMA 1  b) Programmazione di almeno un evento formativo ECM con MMG/PLS e specialisti territoriali e veterinari (31/3/2023)	SI	a) elaborati e diffusi report trimestrali sul consumo degli antibiotici in ambito territoriale con confronti tra tutti i Distretti della ASL ROMA 1 Report annuale sul consumo degli antibiotici negli allevamenti zootecnici afferenti alla ASL ROMA 1, trasmesso ai veterinari addetti al controllo ufficiale per orientare le azioni di farmacovigilanza ad una riduzione degli AB CIAs  b) si sono svolti due eventi formativi Aziendali destinati a medici, infermieri, farmacisti, biologi, veterinari della ASL e MMG e PLS: <b>31/3/2023:</b> "ONE HEALTH: L'ANTIMICROBICO RESISTENZA, le infezioni correlate all'assistenza e l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici. Il mondo umano e veterinario si confrontano" <b>29/11/2023:</b> "L'antimicrobico resistenza, le infezioni correlate all'assistenza e l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici"

OBIETTIVO B MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO/CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE LE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI ALLE CARBAPENEMASI (CRE)		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Attività 1:</b> Mantenimento della sorveglianza continua di laboratorio di "Alert Organism" Multiresistenti e sospetti cluster epidemici e retrospettiva su ICA e antimicrobiche resistenze (AMR comprese le CRE).	SI	Elaborazione di Report semestrali per i PP.00. SS-SFN, Automazione della segnalazione ai reparti con Sistema Mercurio Enterprise per i microrganismi MDRO. Mantenimento sorveglianza batteriemie da CRE. Mantenimento sorveglianza attiva colonizzazioni da CRE in area intensiva (5372 tamponi culturali effettuati nel 2023), ulteriormente potenziata dall'uso del metodo molecolare rapido (620 test rapidi effettuati nel 2023)
<b>Attività 2:</b> Mantenimento della sorveglianza del consumo di antibiotici in ospedale (DDD/100 gg degenza)	SI	Elaborazione report trimestrali consumo antibiotici a cura delle Farmacie Ospedaliere per i PO SS-SFN.
<b>Attività 3:</b> Stesura scheda sorveglianza di Staphylococcus A MRSA isolato da batteriemie	No	a) Deliberata nella riunione GO-CICA in data 27/03/23. La fase della sperimentazione nei PO SS-SFN- Oftalmico e UDI NRM si è conclusa il 31/05/2023.  b) Dal 01/06/2023 con nota della Direzione di Area Ospedaliera e CICA adozione scheda rivista e avvio della sorveglianza  c) SI, per il 2023 semestrale
<b>Attività 4:</b> Stesura scheda di sorveglianza Clostridioides Difficile a) stesura scheda di sorveglianza b) adozione della scheda c) redazione report attività di sorveglianza	SI	a) Deliberata nella riunione GO-CICA in data 27/03/23. La fase della sperimentazione nei PO SS-SFN- Oftalmico e UDI NRM si è conclusa il 31/05/2023.  b) Dal 01/06/2023 con nota della Direzione di Area Ospedaliera e CICA adozione scheda rivista e avvio della sorveglianza

		c) SI, per il 2023 semestrale
<b>Attività 5:</b> Estensione della sorveglianza per colonizzazione da CPE (Klebsiella P. /escherichia C.)	No	Non ancora attivata. Attualmente attiva solo per le UTI per ricerca Klebsiella P resistente ai carbapenemici
<b>Attività 6:</b> prevenzione e gestione delle polmoniti da ventilazione meccanica (VAP) a) approvazione della procedura aziendale b) formazione degli operatori c) implementazione del bundle d) monitoraggio indicatori della procedura	Si	a) elaborata e approvata la procedura aziendale b) la formazione degli operatori è in corso c) il bundle è stato adottato d) gli indicatori della procedura saranno valutati a fine 2024
<b>Attività 7:</b> elaborazione/revisione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo	SI	Elaborazione/revisione le seguenti procedure aziendali:  - Procedura per l'indicazione e l'inserimento di cateteri venosi centrali e periferici - Prevenzione e gestione della polmonite nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica - Indicazioni per l'utilizzo di panni imbevuti di clorexidina 2% - Monitoraggio del Consumo di Soluzione IdroAlcolica (CSIA) - Procedura Sanificazione ambientale - Procedura Aziendale per l'igiene delle mani nelle Strutture Sanitarie Ospedaliere e Territoriali - Istruzione operativa Reprocessing strumenti endoscopici - Procedura per la gestione della donazione di tessuto corneale - Procedura per la gestione della donazione di tessuto muscoloscheletrico - Revisione della procedura Aziendale igiene delle mani nei P.O. e Territoriali - Redazione della Procedura aziendale per il lavaggio chirurgico delle mani

OBIETTIVO C PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI E NAZIONALI IN TEMA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA.		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Attività 2:</b> Mantenimento della sorveglianza AR-ISS / EARS-net e ad altre iniziative nazionali e regionali.	SI	Trasmissione debito informativo annuale – per tramite della Regione Lazio – della sorveglianza infezioni invasive AR-ISS / EARS-net. Adesione alle sorveglianze CRE e CRE /CAZ-AVI-R. Adesione allo SPiNCAR (ISS). Adesione al PP10, nell'ambito del Piano Regionale di Prevenzione.



#### 4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

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

Azione	Risk Manager	Direttore Generale	Direttore Sanitario Aziendale/Presidente C-CICA	Direttore Amministrativo Aziendale	Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali	Strutture di supporto
Redazione e monitoraggio dell'implementazione della parte del Piano (a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo) Invio del PARS al CRRC;	R	I	C	C	C	C
Adozione PARS con delibera. Messa a disposizione di risorse e opportune direttive (es. specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.	I	R	C	C	I	C
Redazione e monitoraggio obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	C	I	R	C	I	C
Redazione della parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa.	I	I	I	I	R	--
Monitoraggio obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	C	I	R	I	I	C

#### 5. OBIETTIVI E ATTIVITÀ - GESTIONE DEL RISCHIO

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 paragrafo 7 in considerazione delle specifiche responsabilità normativamente attribuite in tema di gestione igienico-sanitaria delle strutture.

Una visione organica sulla sicurezza è fondamentale non solo per proseguire coerentemente con le attività realizzate con i precedenti piani di gestione del rischio, ma soprattutto per proporre un approccio sistemico, che comprenda lo studio degli errori, l'identificazione e il controllo dei fattori che possono favorire o determinare un danno per il paziente e al tempo stesso garantire la sicurezza degli operatori, nonché la definizione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

Le attività avviate lo scorso anno, e non ancora terminate, proseguiranno anche per il 2024, in quanto rientrano negli obiettivi previsti nelle linee di indirizzo regionali e sono contestualizzate nel percorso di miglioramento della sicurezza che la ASL Roma 1 sta realizzando al fine di ottenere una più precisa mappatura del rischio.

Le attività che si realizzano anche attraverso il PARS concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali. Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per il raggiungimento dei seguenti obiettivi strategici, così come indicato dalle Linee di indirizzo regionali.



## 6. ATTIVITÀ PREVISTE PER IL 2024

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE - si programmano le seguenti attività:

### ATTIVITÀ 1

Consolidamento della rete dei facilitatori per il rischio clinico della ASL Roma 1

INDICATORE: n. facilitatori formati

STANDARD: si

FONTE: database facilitatori

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	UU.00./Servizi	Facilitatori
Prosecuzione attività di formazione dei nuovi facilitatori individuati e re-training di quelli già esistenti.	R	C	C
Predisposizione di atto deliberativo circa la composizione della rete Aziendale dei facilitatori per il Rischio Clinico.	R	I	I

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto; I = Interessato

### ATTIVITÀ 2

Formazione degli operatori su tematiche riguardanti procedure derivanti da raccomandazioni ministeriali e prevenzione ICA (trasversale con attività programmate nel Piano rischio infettivo)

INDICATORE: n. eventi/n. procedure aggiornate

STANDARD: ≥ 1

FONTE: UOC Risk Management/CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk Manager/CC-ICA	DDSSPP Dipartimento Professioni sanitarie	GdL	UU.00./Servizi
Elaborazione/Revisione della procedura	R	C	C	C
Programmazione eventi formativi	C	C	R	C
Realizzazione eventi formativi	C	C	R	C

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto; I = Interessato

Al fine del raggiungimento dell'obiettivo B - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI - si programmano le seguenti attività:

### ATTIVITÀ 1:

Informatizzazione delle schede di I.R.: segnalazione cadute, aggressioni, eventi avversi

INDICATORE: implementazione nel sistema aziendale SGSL

STANDARD: SI

FONTE: UOC SQRM, Sistema informativo SGSL

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Sistema Informativo SGSL	Direzione Sanitaria
Implementazione scheda informatizzata sui S.I. Aziendali	R*	R*	I
Istruzioni uso scheda	R	C	I
Gestione delle Informazioni raccolte	R*	R*	I

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto; I = Interessato

## ATTIVITÀ 2

Esecuzione di audit GRC da parte delle UO/Servizi Aziendali a seguito delle segnalazioni di EA, ES e NM

**INDICATORE:** produzione dell'alert report con piano di miglioramento

**STANDARD:** SI

**Fonte:** UO coinvolta

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	UU.OO./Servizi	Direzione Sanitaria
Documentare le ragioni alla base della proposta dell'audit	I	R	I
Valutazione della proposta	R	I	I
Svolgimento dell'audit	C	R	C
Stesura Alert Report conclusivo con relativo piano di miglioramento e diffusione dei risultati ai soggetti interessati	I	R	C
Valutazione delle azioni correttive da apportare	R	C	C
Implementazione delle azioni correttive da parte di tutti gli operatori del Servizio/UO interessata	C	R	C

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto; I = Interessato

## ATTIVITÀ 3

Creazione di un data base che consenta la revisione sistematica delle pratiche riguardanti le richieste di risarcimento danni concluse negli anni 2019-2023 nell'ottica di pervenire alla consapevolezza del rischio di soccombenza rispetto alle prestazioni sanitarie considerate, disponendo delle informazioni necessarie per orientare e migliorare la gestione aziendale dei sinistri e del rischio clinico.

**INDICATORE:** creazione del data base

**STANDARD:** SI

**Fonte:** UOC Medicina Legale, UOSD Medicina legale per il governo clinico, Avvocatura Aziendale, UOC Affari Generali, UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	UOC Medicina legale	UOSD Medicina Legale per il governo clinico	Avvocatura Aziendale	UOC Affari Generali	UOC SGRM
Creazione del data base	R*	R*	R*	R*	I/C
Revisione analitica dei sinistri	R*	R*	R*	R*	I/C
Realizzazione griglia di valutazione	R*	R*	C	C	I/C
Produzione report	R*	R*	C	C	C

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto; I = Interessato

**Al fine del raggiungimento dell'obiettivo C - FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE - si programmano le seguenti attività:**

**ATTIVITÀ 1: IMPLEMENTAZIONE DEL SOFTWARE GESTIONALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO:** il software consente la gestione dei dati relativi a: esposizione professionale, monitoraggio infortuni, gestione procedure aziendali e inserimento di materiale audiovisivo con funzione didattico/formativa.

Il software integra tutte le linee di attività della UOC SQRM al fine di disporre di informazioni necessarie per orientare gli interventi di sicurezza delle cure e dei lavoratori.

Tutti i servizi strategici aziendali avranno un'utenza per la partecipazione al progetto di Gestione Integrata del Rischio. Gli operatori potranno accedere direttamente e più facilmente con i servizi aziendali. Tramite il software sarà garantita la tracciabilità delle informazioni e dello stato di lavorazione in ogni fase, nonché la verifica dell'accesso da parte degli operatori al portale riguardo l'attività informativa/formativa, sia di carattere obbligatorio che facoltativo.

**INDICATORE:** predisposizione di strumenti di rilevazione, attivazione Applicativi Web, produzione di materiale audiovisivo.

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ							
Azione	UOC SQRM	Operatori delle UOC Cliniche	Comunicazione	Sistemi Informativi	Area del Farmaco	UOC Formazione	Medici Competenti
Prosecuzione nell'attività riguardante lo sviluppo degli applicativi web, già avviata per la gestione integrata del rischio	R*	C	I	R*	R*	R*	R*
Produzione di materiale audiovisivo con funzione didattico formativa	R	C	I	C	C	C	I

Legenda: R = Responsabile; R\*= Responsabile per ambito di competenza C = Coinvolto.

**ATTIVITÀ 2: realizzazione di corsi di formazione/aggiornamento per i dipendenti sulla sicurezza negli ambienti di lavoro ex D.Lgs 81/08.**

**INDICATORE:** n. corsi realizzati

**STANDARD:** SI

**Fonte:** UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	UOC Formazione	Area Tecnica	UOC/UOSD	UOC Comunicazione
Piano annuale di Formazione sulla sicurezza ex D.Lgs 81/08	R	C	C	C	-
Attivazione dei corsi di formazione / aggiornamento per: radioesperti; preposti; addetti antincendio; primo soccorso e aggiornamento quinquennale dipendenti già formati.	C	R	I/C	C	-
Gestione del fascicolo formativo del personale	C	R	I	C	-
Aggiornamento rischio stress lavoro correlato per Distretti e Presidi Ospedalieri	R	I	I	C	-
Attività di sensibilizzazione al tema della Sicurezza e salute dei lavoratori attraverso corsi di Informazione, formazione e addestramento specifici.	R	I	I	C	C

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

**ATTIVITÀ 3: realizzazione di modulo per la Sorveglianza Sanitaria per i dipendenti negli ambienti di lavoro D.Lgs 81/08.**

**INDICATORE:** n. attivazione su campione realizzato

**STANDARD:** SI

**Fonte:** UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk Manager	UOC Formazione	Area Tecnica	Area del Rischio Clinico/Medico competente
Predisposizione del Fascicolo medico Medico Competente	R*	I	I	R*
Attivazione del Fascicolo medico Medico Competente	R*	I	I	R*
Predisposizione matrice del Rischio collegato alla mansione	R*	I	I	C

**ATTIVITÀ 4**

Inserimento nel database dedicato degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali

**INDICATORE:** database aggiornato con i dati dell'anno in corso

**STANDARD:** SI

**Fonte:** UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOC SQRM	UOS Medici Competenti	UOC Gestione del Personale
Gestione database dedicato alla registrazione degli infortuni sul lavoro e aggressioni	R	C	C
Analisi dei dati circa il trend degli infortuni	R*	R*	R*

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

**ATTIVITÀ 5**

Inserimento dei sinistri sul SIRES contestualmente alla notifica all'Azienda di una richiesta di risarcimento.

**INDICATORE:** inserimento entro 7\* gg.

**STANDARD:** SI

**Fonte:** UOC Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	UOS Sinistri	UOC Avvocatura Aziendale
Inserimento del sinistro nel portale SIRES	I	R	I

\* l'inserimento nel SIRES Regionale nei tempi previsti può essere soddisfatta se la richiesta risarcitoria riporta: 1) anno di nascita del danneggiato; 2) presidio/struttura dove è avvenuto l'evento; 3) data di accadimento del sinistro; 4) tipologia dell'evento.

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

Al fine del raggiungimento degli **obiettivi A, B e C** si ritiene opportuno svolgere le seguenti attività:

#### ATTIVITÀ 1

Miglioramento della salute e del benessere dei lavoratori secondo un approccio *Total Worker Health*: la gestione delle aggressioni al personale sanitario.

INDICATORE: n. operatori che accedono al percorso

STANDARD: Sì

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azioni	SQRM	M.C.	Psic. del lav.	Resp. Lav.	Avvoc.	DSP
Valutazione e analisi degli episodi di aggressione in forma singola per gli eventi più gravi e aggregata per i near-miss	R*	R*	R*	C	I	C
Supporto all'operatore di tipo psicologico e legale	I	C	R*	C	R*	C
Individuazione delle misure di miglioramento	R*	R*	R*	C	C	C
Attuazione delle misure di miglioramento	R*	C	C	R*	I	R*
Modifica o integrazione del DVR	R*	R*	I	I	I	I

**Legenda:** R = Responsabile; R\* = Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

## 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER IL 2024 PER LA - GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le relative attività specifici sulla gestione del rischio infettivo in armonia con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP-PP10) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR), così come previsto nel Documento di indirizzo Regionale-PARS-2024 nonché nel Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (adottato con determinazione regionale n. G16501 del 28/11/2022):

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

A seguire si presentano le attività definite in base agli obiettivi della Regione Lazio che la ASL Roma 1 ha fatto propri e intende sviluppare nel corso del 2024.

## 8. ATTIVITÀ PREVISTE PER IL 2024

### Obiettivo A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

**Attività 1:** Progetto di informazione/formazione territorio-ospedale in tema di appropriatezza prescrittiva degli antibiotici e contrasto all'antibiotico resistenza. In particolare, per il territorio, coinvolgimento di tutti i Distretti.

INDICATORE:

a) report sul consumo di antibiotici in tutti i Distretti ASL ROMA 1;

b) Programmazione di almeno un evento formativo ECM con MMG/PLS e specialisti territoriali e veterinari

STANDARD: SI

FONTE: CCICA, Direzione Area Ospedaliera, Direzione Distretto, Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azioni	Dir. Distretto	CICA	MICROBIOL./INF.	Farmacia	Governo della Rete
Progettazione del corso	R	C	C	C	I
Svolgimento del corso in presenza	R*	C	R	I	I
Produzione del report	C	C/I	C	R	I
Formazione sul campo in alcune RSA finalizzata alla rivalutazione delle terapie antibiotiche	C	C	R*	R*	C

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

### Obiettivo B: 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 / CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE LE INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI ALLE CARBAPENEMASI (CRE).

**Attività 1:** Mantenimento della sorveglianza continua di laboratorio di "Alert Organism" Multiresistenti e sospetti cluster epidemici e retrospettiva su ICA e antimicrobiche resistenze (AMR comprese le CRE).

STANDARD: produzione giornaliera schede alert e trasmissione alle DD.SS.PP; produzione semestrale report retrospettivi; formazione operatori sanitari

INDICATORE: SI

FONTE: LIS (sistema informatico di laboratorio)- report formazione degli operatori sanitari

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azioni	MICROBIOLOGIA	UU.OO.	DD.SS.PP	CICA/Igiene Osp.	SQRM
Sorveglianza continua di laboratorio di microrganismi Alert e sospetti cluster epidemici	R	C	C	C	I
Sorveglianza di laboratorio retrospettiva su ICA e antimicrobico resistenze, CPE/CRE comprese	R	C	C	C	I
Sorveglianza attiva colonizzazioni da CPE/CRE, comprensiva dei ceppi CAZ-AVI R	R*	R*	C	C	I
Identificazione referenti per la sorveglianza CRE nell'ambito CC-ICA	R*	I	C	C	I
Formazione degli operatori relativamente alla Procedura aziendale microrganismi ALERT MDRO revisionata.	R*	C	C	R*	C

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

**Attività 2: Mantenimento della sorveglianza del consumo di antibiotici in ospedale (DDD/100 gg degenza)**

INDICATORE: PRODUZIONE REPORT

STANDARD: SI

FONTE: Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'						
Azioni	Area farmaco	SIO	DD.SS.PP	VETER.	UU00	CICA
Produzione di report di consumo generali per ATC, Area medica-chirurgica-intensiva, DDD, Reparto, Presidio.	R*	R*	I	I	I	I
Preparazione dei report di consumo specifici per UU.00. Area medica-chirurgica-intensiva	R*	R*	I	I	I	I
Predisposizione di incontri per discussione dei report in base ai consumi in termini di appropriatezza)	R*	C	R*	C	R*	C

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

**Attività 3: Prosecuzione sorveglianza di Staphylococcus A MRSA isolato da batteriemie e Clostridioides Difficile; sorveglianza da colonizzazione da CPE**

INDICATORE di processo: schede di sorveglianza aziendale, report semestrali

STANDARD: SI

FONTE: DD.SS.PP. Igiene Ospedaliera

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'						
Attività	DD.SS.PP	CICA	SQRM	UU.00.	MICROBIOLOGIA	IGIENE OSP.
Sorveglianza	C	C	I	C	C	R*
Redazione Report semestrale attività di sorveglianza per i PO SS e SFN	I	I	I	I	R*	R*

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

**Attività 4: elaborazione/revisione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo**

STANDARD: Si

INDICATORE: almeno 1 procedura/anno

FONTE: SQRM, DD.SS.PP.- Dipartimento Professioni sanitarie

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azioni	SQRM	UU.00.	DD.SS.PP	Dipartimento Prof. Sanitarie.	CICA
Elaborazione procedure	R*	C	R*	C	C
Attuazione procedure	I	R*	I	I	I
Monitoraggio attuazione procedure	C	R*	R*	R*	C

**Legenda:** R = Responsabile; R\*= Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato.

**Obiettivo C: PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI E NAZIONALI IN TEMA DI PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE ICA.**

**Attività correlate alle Azioni del Programma PP10 ambito umano anno 2024**

**Attività 1:** creazione di un link web repository sull'intranet aziendale per diffusione dei documenti regionali e aziendali a tutto il personale sanitario.

INDICATORE: presenza pagina dedicata sull'intranet aziendale

STANDARD: SI

FONTE:

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azioni	DD.SS.PP	CICA	COMUNICAZIONE	SQRM	UU00
Predisposizione di una sezione dedicata in intranet nella sezione Risk Management	C	I	R	C	I
Alimentazione di un link web repository	C	C	R	C	I

**Legenda:** R = Responsabile; R\* = Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato

**Attività 2:** Attivazione del sistema di sorveglianza, monitoraggio, prevenzione della ferita chirurgica in tre UU00 chirurgiche dei due Presidi Osp. SFN e SS

INDICATORE: scheda di sorveglianza aziendale, report semestrale

STANDARD: SI

FONTE: UU.00, DD.SS.PP. Igiene Ospedaliera, Microbiologia

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azioni	DD.SS.PP	CICA	Microbiologia	Igiene OSP.	GdL CICA	UU00
Predisposizione scheda di sorveglianza secondo criteri ISS.	R*	R*	C	C	R*	I
Attivazione studio di sorveglianza nei reparti Chirurgici: presso il PO SFN: Chirurgia Oncologica, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia presso il PO SS: Chirurgia generale, Ortopedia, Ostetricia/Ginecologia	R*	R*	I	C	R*	R*
Elaborazione Report secondo semestre 2024	R*	R*	C	R*	R*	R*

**Legenda:** R = Responsabile; R\* = Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato

**Attività 3:** Implementazione del programma di ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP

INDICATORE: report monitoraggio

STANDARD: SI

FONTE: farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azioni	DD.SS.PP	CICA	Microbiologia	Farmacia	UU00	Gruppo AST
Stesura documento AST per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva antibiotici	C	C	C	R*	I	R*
Diffusione del documento con coinvolgimento attivo di tutte le UU00	R*	R*	I	I	R*	I
Monitoraggio schede utilizzo molecole	I	C	I	R	I	I

**Legenda:** R = Responsabile; R\* = Responsabile per gli specifici ambiti di competenza; C = Coinvolto; I = Interessato



## 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS per il raggiungimento degli obiettivi prefissati la Direzione aziendale assicura la singola diffusione attraverso:

- ✓ Presentazione del piano all'interno del Collegio di Direzione;
- ✓ Pubblicazione del PARS sul sito aziendale nella sezione intranet nella sezione dedicata al Risk management,
- ✓ Presentazione del PARS ai facilitatori del rischio clinico
- ✓ Presentazione del PARS nei PFA di UOC

## 9. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Si riporta la normativa di riferimento e la produzione scientifica (letteratura scientifica, etc.) inerenti la gestione del Rischio Clinico:

- ✓ D.Lgs 502/92.
- ✓ DPR 14/1/97.
- ✓ D.Lgs 229/99.
- ✓ D.Lgs 254/00.
- ✓ D.Lgs 81/09.
- ✓ D.M. Salute del 11/12/2009: "Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES).
- ✓ Decreto del Commissario ad Acta del 29/5/13, n. U00206 "nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lazio" a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, c. 1, lettera B, patto per la salute 2010-2012 elaborati dal Comitato L.E.A."
- ✓ Circolare ministeriale n. 52/1985 "lotta contro le infezioni ospedaliere".
- ✓ Circolare ministeriale n. 8/1988 "lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".
- ✓ D.M. 24/7/1995 "contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel SSN" GU n. 263 del 10/11/1995".
- ✓ Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 – DPR 23/7/1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria di intervento.
- ✓ PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena.
- ✓ PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria.
- ✓ Seduta della conferenza Stato-Regioni del 20/3/2008.
- ✓ Intesa tra governo, regioni e province autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8 c. 6 della legge n. 131 del 5/6/2003.
- ✓ D.Lgs 30/12/1992 n. 502 recante: "riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge n. 421 del 23/10/1992.
- ✓ DPR del 14/1/1997 "requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private".
- ✓ Libro bianco "un impegno comune per la salute: approccio strategico della UE per il periodo 2008-2013.
- ✓ L. n. 24 del 8/3/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Pubblicata su GU Serie Generale n.64 del 17-3-2017. Art.16, c. 2, a modifica ed integrazione dell'art.1, c. 540, legge n. 208/2015

- ✓ BURL – n. 22 Supplemento n.2: Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044. Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".
- ✓ Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00643: Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
- ✓ Nota Regionale n. U.0124752. del 02-02-2023: Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS)
- ✓ Ministero della salute: "Risk Management in sanità – il problema degli errori" commissione tecnica sul Rischio Clinico, D.M. del 5/3/2003. AHRQ quality indicators: guide to patient safety indicators: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
- ✓ Risoluzione del Parlamento europeo del 19 maggio 2015 su un'assistenza sanitaria più sicura in Europa: migliorare la sicurezza del paziente e combattere la resistenza antimicrobica (2014/2207(INI)).
- ✓ ISO norme 9001:2000 – e – Joint Commission.
- ✓ WHO – world alliance for patient safety – the second global patient safety challenge 2008 "save surgery save live".
- ✓ The new NHS: modern and dependable London: stationary office 1997.Reason J., Managing the risk of organizational accidents, 1997.
- ✓ Reason J. Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- ✓ Raccomandazione manuali della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione)
- ✓ 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](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
- ✓ Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21/12/2021 n. 970 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025";
- ✓ Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025

## **ALLEGATO 1 – PIANO DI AZIONE LOCALE IGIENE DELLE MANI**

### **A. RESOCONTO DEL PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI RELATIVO ALL'ANNO 2023**

### **B. PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI PREVISTO PER L'ANNO 2024**

## **A. RESOCONTO DEL PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI RELATIVO ALL'ANNO 2023**

**RESOCONTO PIANO DI AZIONE LOCALE 2023 così come indicato nel "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani"**

**DETERMINAZIONE 26 FEBBRAIO 2021, N. G02044**

**Risultati e Dati attività Anno 2023**

**REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI: 100 (punteggio avanzato)**

### **1. Mappatura delle risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza**

Il team per la prevenzione ICA ha effettuato un lavoro di ricognizione e raccolto il fabbisogno di dispenser da muro e da letto da predisporre, laddove mancanti e sostituire laddove necessario, in tutti i punti di assistenza presso tutti i reparti dei Presidi Ospedalieri della ASL:

- S. Spirito
- S. Filippo Neri
- Oftalmico
- Nuovo Regina Margherita
- Centro S. Anna

I dati sono stati trasmessi e condivisi con i servizi competenti. Si resta in attesa di indizione di gara per l'acquisto.

### **2. Fornitura di prodotti per l'igiene delle mani in tutti i Presidi.**

Per ogni lavandino è disponibile il sapone e disponibili salviette monouso.

La fornitura dei prodotti per l'igiene delle mani è garantita settimanalmente regolarmente in tutte le UU00/Servizi.

### **3. Manutenzione dei lavandini e dei dispenser**

La manutenzione dei lavandini è effettuata dalla Ditta esterna annualmente e a chiamata in caso di necessità.

## FORMAZIONE DEL PERSONALE: **punteggio 60 (Intermedio)**

Come di consuetudine i Presidi Ospedalieri dell'ASL ROMA1, nella giornata del **5 maggio 2023**, hanno aderito alla **Giornata Mondiale Igiene delle mani promossa dall' OMS**.

Il corso *Igiene delle mani* è stato realizzato in stretta collaborazione tra la **UOC Assistenza Infermieristica** e il **Servizio di Igiene Ospedaliera SSP e SFN** e gli incontri si sono svolti nel mese di maggio 2023. Il Corso è stato rivolto a tutto il personale sanitario, ai neo assunti e a coloro interessati a ripeterlo per i vari Presidi Ospedalieri.

Il corso si è svolto attraverso la presentazione video realizzata con uno strumento innovativo, mettendo in evidenza la visione d'insieme per poi esplorare ogni punto in profondità. Sono stati inseriti 4 video di breve durata al fine di stimolare la partecipazione attiva dei presenti.

Al termine della presentazione è stato somministrato ai discenti, il **"questionario per gli operatori sanitari dell'OMS" previsto dal piano Regionale "Igiene delle mani"**. La somministrazione è avvenuta per via digitale, tramite scansione dal proprio cellulare di un QR Code per la compilazione. Questo è stato possibile grazie al supporto della **UOC STIC**.

I questionari sono stati somministrati in forma anonima, e i risultati analizzati in forma aggregata.

Di seguito l'adesione agli incontri fissati:

- Per il **P.O. S. Spirito e NRM e Oftalmico** gli incontri si sono svolti nei giorni 03,04,09,10 maggio 2023. L'invito al corso è stato comunicato tramite nota dell'area di Direzione Ospedaliera (Prot.60761 del 19/04/2023). Hanno partecipato su base volontaria **175 operatori sanitari** delle diverse categorie professionali. Tutto il personale ha compilato il questionario per gli operatori OMS.
- Per il **P.O. S. Anna** si è svolto un unico incontro il 16 maggio, hanno partecipato **16 operatori sanitari** tra infermieri, OSS e ausiliari. Tutto il personale ha compilato il questionario per gli operatori OMS
- Per il **P.O. SFN** gli incontri si sono svolti nei giorni 06,16,23 maggio 2023 rivolto a tutto il personale sanitario del presidio ospedaliero. Hanno partecipato su base volontaria **58 operatori sanitaria** delle diverse categorie professionali.  
Dal 14 al 19 giugno 2023 sono stati organizzati incontri per il personale del blocco parto dove hanno aderito **78 operatori sanitari** delle diverse categorie professionali. Tutto il personale ha compilato il questionario per gli operatori OMS.

Nei mesi di novembre e dicembre 2023 è stato somministrato per via digitale il questionario per la valutazione della percezione dei Direttori di UOC e F.O. di Coordinamento dell'ASL ROMA1. L'invito alla compilazione è stato trasmesso con nota di Direzione Sanitaria n.159948 del 03/11/2023.

## Di seguito i risultati aggregati:

### Questionario sulla percezione dei Responsabili di reparto e Coordinatori Infermieristici 03 novembre - 31 dicembre 2023

Struttura (indirizzo)	Età (NN)	Media di Età (NN)	Valore mediano di Età (NN)	Deviazione standard di Età (NN)	Sesso	% Conteggio
	36	36,00	36	0,00	M	28,07%
Casa della Salute Nuovo Regina Margherita - Via Roma Libera 76	40	40,00	40	0,00	F	71,93%
Piazza San Zaccaria Papa 1	41	41,00	41	0,00		
Presidio Ospedaliero Nuovo Regina Margherita - Via Emilio Morosini 30	42	42,00	42	0,00	<b>Totale</b>	<b>100,00%</b>
Presidio Ospedaliero Oftalmico - Via Cipro 3 / Via Vittor Pisani 15	48	48,00	48	0,00	<b>Ruolo attualmente ricoperto</b>	
Presidio Ospedaliero San Filippo Neri - via Giovanni Martinotti 20	49	49,00	49	0,00	Coordinatore Infermieristico	60,53%
Presidio Ospedaliero Sant'Anna - Via Garigliano 55	50	50,00	50	0,00	Direttore UOC	7,02%
Presidio Ospedaliero Santo Spirito - Lungotevere in Sassia 1	51	51,00	51	0,00	Coordinatore TSRM	6,14%
Via Cassia 721	52	52,00	52	0,00	Direttore dipartimento	3,51%
Via Lampedusa 23	54	54,00	54	0,00	Funzione Organizzativa	3,51%
Via Palestro 39	55	55,00	55	0,00	Coordinatore Fisioterapisti	2,63%
Viale Angelico 20 - IMRE	56	56,00	56	0,00	Coordinatore Ostetrico	2,63%
	57	57,00	57	0,00	Responsabile UOS	2,63%
<b>N totale partecipanti = 114</b>	58	58,00	58	0,00	Coordinatore Tecnico	1,75%
	59	59,00	59	0,00	Coordinatore TSLB	1,75%
	60	60,00	60	0,00	Coordinatore Dietistico	0,88%
	61	61,00	61	0,00	Coordinatore Riabilitazione	0,88%
<b>Media di Anzianità lavorativa nella struttura (NN)</b>	62	62,00	62	0,00	Coordinatore Tecnico TNFP	0,88%
22,68	63	63,00	63	0,00	Coordinatore TeRP	0,88%
	64	64,00	64	0,00	Coordinatori ortottisti	0,88%
	65	65,00	65	0,00	Dirigente medico	0,88%
<b>Media di Anzianità lavorativa nel ruolo attuale (NN)</b>	66	66,00	66	0,00	Dirigente Professioni Sanitarie	0,88%
10,39	69	69,00	69	0,00	Responsabile CENTRO PMA	0,88%
	<b>Totale</b>	<b>56,21</b>	<b>58</b>	<b>5,92</b>	Responsabile UOSD	0,88%
					<b>Totale</b>	<b>100,00%</b>

Range interquartile = 7,5

Reparto/Ambulatorio (SFN)	Conteggio	Reparto/Ambulatorio (SSP)	Conteggio	Reparto/Ambulatorio (Sant'Anna)	Conteggio
Anestesia e Rianimazione	1	AMBULATORIO GASTROENTEROLOGIA	1	DIAGNOSI PRENATALE	1
Blocco Operatorio	1	CARDIOLOGIA	1	RADIOLOGIA	1
Cardiologia Ord.	2	CARDIOLOGIA UTIC	1	<b>Totale</b>	<b>2</b>
Cardiologia Week	1	CENTRO ONCOLOGICO DH	1		
Chirurgia Generale ed Oncologica	1	CENTRO RIANIMAZIONE	1	<b>Reparto/Ambulatorio (NRM)</b>	<b>Conteggio</b>
Chirurgia Vascolare	1	MEDICINA INTERNA	1	AMBULATORI CHIRURGICI E ORTOPEDICI	1
Gastroenterologia Ord.	1	NEFROLOGIA E DIALISI	3	ANGIOLOGIA DH	1
Gastroenterologia Servizio	1	NEONATOLOGIA	1	BLOCCO OPERATORIO	1
Ginecologia Day Surgery	1	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6	CARDIOLOGIA DH	1
Medicina A	1	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	GASTROENTEROLOGIA DH	1
Medicina B	1	POLIAMBULATORIO	3	LABORATORIO GALENICO	1
Medicina d'urgenza	1	RADIOLOGIA	2	ODONTOIATRIA DS	1
Medicina Trasfusionale DH	2	SIMT	1	ONCOLOGIA DH	1
Multidisciplinare Week	1	SPDC	3	ORTOPEDIA DS	1
Neonatalogia	1	<b>Totale</b>	<b>26</b>	PNEUMOLOGIA	1
Neurochirurgia Ord.	1			RADIOLOGIA GENERALE	1
Neurologia	2	<b>Altre sedi (no reparto specifico)</b>	<b>Conteggio</b>	REUMATOLOGIA MEDICINA DH	1
Ortopedia e Traumatologia	2			UDI - UNITA' DI DEGENZA INFERMIERISTICA	1
Ostetricia e Ginecologia	2	<b>Totale</b>	<b>18</b>	<b>Totale</b>	<b>13</b>
Pneumologia Ord.	2				
Poliambulatorio	3				
Preospedalizzazione	1				
Pronto Soccorso	3				
Radiologia	9				
Radioterapia DH	3				
Riabilitazione Neuromotoria	1				
SPDC	2				
T.I.P.O.	1				
Terapia Del Dolore e Cure Palliative DH	3				
Utici	2				
<b>Totale</b>	<b>55</b>				

**Corsi sulle ICA:** Oltre al corso sull'igiene delle mani sono stati realizzati eventi formativi sulle procedure aziendali CC-ICA relativamente ai temi degli accessi vascolari, della ferita chirurgica e del *Clostridioides Difficile*.

- Nel mese di **aprile 2023** è stato programmato e realizzato un **CORSO DI FORMAZIONE SULLE INFEZIONI CORRELATE AGLI ACCESSI VASCOLARI** in collaborazione tra la *UOC Assistenza Infermieristica*, la *UOC Sicurezza Qualità e Risk Management* e la *Commissione e Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)*. Scopo del corso era quello di condividere la **"Procedura Aziendale per la prevenzione e controllo delle complicanze infettive correlate agli accessi vascolari"** e aumentare il grado di consapevolezza degli operatori sanitari attraverso la promozione delle buone pratiche di prevenzione, controllo e gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Grazie alla collaborazione *della UOC Formazione e Sviluppo delle Competenze*, **il corso è stato registrato su piattaforma ZOOM in formato SCORM e reso disponibile nell'area intranet sezione applicativi aziendali – gestionale formazione**, per tutto il personale sanitario della Asl Roma1 (prot. N. 133335/2023 del 15/09/2023).

- Il corso sulla procedura aziendale **CC-ICA n.7 del 22/11/2022 «Gestione delle ferite chirurgiche»** è stato realizzato in stretta collaborazione tra la *UOC Assistenza Infermieristica* e il *Servizio di Igiene Ospedaliera SSP* e l'incontro si è svolto il 15 giugno 2023 presso l'Ospedale S. Spirito.

#### **Scopo del corso**

- Presentare la procedura aziendale.
  - Presentare la scheda di monitoraggio della ferita chirurgica che deve essere compilata da parte dell'operatore sanitario (infermiere o medico) che effettua la medicazione della ferita. La scheda di monitoraggio, è parte integrante della documentazione sanitaria del paziente.
- È stata effettuata la formazione sulla revisione della **procedura Clostridioides Difficile PRO CC-ICA n.6**, svoltasi in stretta collaborazione tra il personale SFN e SS, che ha previsto n. 3 giornate formative realizzate nei seguenti giorni: 27 febbraio, 27 marzo e 27 aprile 2023 dalle ore 14.00 alle 16.30.
- **Le figure dei formatori** incaricate di formare gli operatori sanitari, sono state individuate dalla Direzione Sanitaria
  - 
  - **E' stato formalizzato il gruppo aziendale degli osservatori:** gli osservatori sono stati formati, sia con formazione di base, che con formazione specifica che ha previsto l'addestramento all'utilizzo della scheda di osservazione.

**MONITORAGGIO E FEEDBACK: punteggio 55 (livello intermedio)**

Annualmente viene effettuato un monitoraggio nei Presidi Ospedalieri, con osservazione diretta dei locali, nonché colloqui con i responsabili di Funzione organizzativa, per verificare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, saponi, salviette monouso). I risultati vengono discussi nell'ambito delle riunioni CC-ICA al fine di risolvere eventuali criticità coinvolgendo i Servizi interessati (Farmacia, ABS, ecc.)

Il risultato dei questionari OMS per verificare le conoscenze degli operatori sanitari e valutare la percezione dei Direttori e Coordinatori sugli argomenti relativi a indicazioni per l'igiene delle mani e la corretta tecnica di igiene delle mani sono stati elaborati e analizzati.

I risultati dell'attività di osservazione diretta sono stati elaborati. Il feedback sull'osservazioni igiene mani ai direttori di UOC e alle F.O. di Coordinamento, suddiviso per discipline, sarà inviato nel mese di Febbraio 2024)

Redatta e implementata la procedura CC-ICA «Monitoraggio consumo di Soluzione idroalcolica»  
Le attività di monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani, quali il consumo del prodotto a base alcolica e di sapone per la frizione delle mani, previste semestralmente da parte della Farmacia, sono state effettuate con produzione di reportistica come da procedura aziendale.

Di seguito la relazione e la reportistica sul monitoraggio dei consumi:

L'osservazione delle richieste di gel e soluzioni idroalcoliche per l'igiene delle mani nel periodo 2022-2023 non consente un confronto semplice sulla variazione del quantitativo dispensato (e quindi un'analisi indiretta dei consumi), in quanto i dati del 2022 sono mascherati dalla grande richiesta del primo semestre correlata all'epidemia Covid 19. Viceversa, il confronto fra il primo e il secondo semestre 2023 permette un'osservazione più apprezzabile dell'andamento dei consumi in tutte le aree.

Dal confronto fra primo e del secondo semestre 2023 emerge un generale aumento, apprezzabile per la maggior parte nei reparti di degenza del San Filippo Neri ( $\Delta$  +43% fra I° e II° sem.) e dell'Ospedale Oftalmico ( $\Delta$  oltre +200%). Per quanto riguarda il consumo nelle degenze del Santo Spirito l'aumento delle richieste di alcuni reparti è bilanciato da una diminuzione in altri, così che in generale, fra il primo e il secondo semestre non si possa valutare un miglioramento generale o medio. La scarsa tendenza all'utilizzo del gel è molto evidente nella maggior parte delle aree di non degenza.

Per quanto riguarda l'indicatore di adesione all'igiene delle mani, come si evidenzia nelle tabelle sotto riportate, siamo ancora al di sotto del valore standard di 20 lt/1000 gg degenza in alcuni reparti ospedalieri di Medicina e soprattutto in Area Chirurgica, mentre in Area Intensiva sia per il SS che per il SFN il valore dell'indice, che era già superiore a 20 lt nel I° semestre, viene ulteriormente superato nel II semestre dimostrando ottima adesione all'igiene delle mani.

Nelle tabelle sottostanti infine, in cui è riportato il delta delle richieste (consumi) per tutte le aree ospedaliere, si osserva un aumento generale fra il primo e il secondo semestre, a dimostrazione del lavoro effettuato nell'azienda per l'implementazione delle raccomandazioni all'igiene delle mani.



Obiettivo prossimo, in aggiunta a quanto si sta attuando, è la dotazione di idonei supporti per il gel da collocare direttamente al letto di ogni paziente, così come si forniranno creme emollienti per le mani da poter utilizzare ad ogni fine turno di medici e infermieri.

P.O. SAN FILIPPO NERI

AREA	REPARTI DEGENZA SFN LITRI GEL RICHIESTI	I SEM 2022	II SEM 2022	I SEM 2023	II SEM 2023	Δ I°-II° SEM 23
AREA INTENSIVA	TIPO	82,5	33,5	22	31,5	+ 43,2%
	RIANIMAZIONE	86,5	45	40	55	+ 37,5%
	UTIC	78	7,5	7,5	26	+ 47%
	UTIR*	0	0	12,5	24,5	+ 96%
AREA CHIRURGICA	CHIRURGIA D'URGENZA E UROLOGIA	11	15	0	0	-
	UROLOGIA* *separato dal II°sem 23	0	0	0	6	-
	CHIRURGIA VASCOLARE*	31,5	17,5	12,5	25	+ 100%
	CHIRURGIA GENERALE ONCOLOGICA	10	2,5	39	37	-5%
	ORTOPEDIA	11	7	42,5	45	+ 7%
	CH. MAXILLO	11	12	0	0	-
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12,5	29	7	22,5	+ 221%
	WEEK SURGERY	0	0	0	5	-
	NEUROCHIRURGIA	23	0	6	12,5	+ 108%
AREA MEDICA	MEDICINA FAST	3	6,5	19,5	24	+ 23%
	MEDICINA A	38,5	17	0	24,5	-
	MEDICINA B	47,5	10	79	26,5	- 66%
	MEDICINA RIABILITATIVA	23,5	19	25,5	16	- 37%
	NEUROLOGIA	48,5	22,5	17,5	44,5	+ 154%
	PNEUMOLOGIA	161,5	25,5	19,5	27,5	+ 41%
	WEEK CARDIO	33	16	11,5	6	- 48%
	CARDIOLOGIA	16	24	15,5	35,5	+ 129%
	GASTROENTEROLOGIA	34,5	25,5	12,5	45,5	+ 264%
	ONCOLOGIA	0	7,5	17,5	16	-8,6%
AREA EMERGENZA URGENZA	MEDICINA D'URGENZA	12,5	45	0	16,5	-
	PRONTO SOCCORSO	118	95	59,5	88	+48%
ALTRE AREE DI DEGENZA	NEONATOLOGIA	17	1	10,5	14,5	+38%
	SPDC	33	0	0	10	-
TOTALE				477	685	

AREE NON DEGENZA SFN	LITRI I SEM 2022	LITRI II SEM 2022	LITRI I SEM 2023	LITRI II SEM 2023	Δ I°-II° SEM 23
BLOCCO PARTO	29,5	10	43	25	-42%
DS OSTETRICA	6		1,5	0	-
RADIOLOGIA SFN	0	10	35	44,5	+27%
PREOSPEDALIZZAZIONE SFN	44	7	15	1,5	-90%
BLOCCO OPERATORIO	45	5	1	10	+900%
AMB. MEDICINA	17	0	0	0	-
AMB. MAXILLOFACCIALE	12	0	0	0	-
AMB. FISIOPATOLOGIA RESP.	11,5	14	0	0	-
AMB. ENDOSCOPIA DIG SFN	15	5	16	30	+87,5%
AMB. OTORINO	13	5	0	0	-
AMB. NEUROFISIOPATOLOGIA	7,5	0	2,5	0	-
AMB. DIABETOLOGIA	20	0	0	0	-
AMB. EMATOLOGIA	12	4,5	0	0	-
DH NEUROLOGIA	23,5	0	0	0	-
PMA SFN	28	0	0	0	-
ODONTOIATRIA SA	32,5	0	0	0	-
TERAPIA DEL DOLORE	6	0	0	0	-
SERVIZIO FISIATRIA	0	0	12	5	-58%
AMB. NEUROFISIOPATOLOGIA	7,5	0	2,5	0	-
AMB. RADIOTERAPIA	0	0	0	11	-
EMODINAMICA	5,5	0	0	4	-
ELETTROFISIOLOGIA	2	0	5	6	+20%
DH SPDC	0	0	0	5	-
AMB CARDIOLOGICO	48,5	0	38,5	27	-29%
AMBULATORIO CH. GENERALE	0	0	3	0	-
<b>totale</b>	<b>386</b>	<b>50,5</b>	<b>175</b>	<b>169</b>	

P.O. SANTO SPIRITO						
AREA	REPARTI DEGENZA SS	Litri I SEM 2022	Litri II SEM 2022	Litri I SEM 2023	Litri II SEM 2023	Δ I°-II° SEM 23
AREA INTENSIVA	CENTRO RIANIMAZIONE	55	27,5	41	52,5	+28%
	UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA CORONARICA	0	2,5	15	2,5	-83%
AREA CHIRURGICA	CHIRURGIA GENERALE	8	25	9,5	14	+47%
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	20	15	20	23,5	+17%
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18	0,5	29	42,5	+46%
AREA MEDICA	MEDICINA INTERNA	51	34	55	75	+36%
	NEFROLOGIA E DIALISI	0	0	5	16	+220%
	CARDIOLOGIA DEGENZE	14,5	12	24,5	12,5	-49%
AREA EMERGENZA URGENZA	PRONTO SOCCORSO - OBI - ISOLAMENTO	56	40	41	21	-48%
	MEDICINA D'URGENZA	36,5	0	50	5,5	-89%
ALTRE AREE DI DEGENZA	NEONATOLOGIA	21,5	0	38	13	-66%
	SPDC	13	12,5	8,5	22	+158%

PRESIDI CASSIA, SANT'ANDREA, SANT'ANNA, OSP. OFTALMICO			
ALTRI PRESIDI		LITRI I SEM 2023	LITRI II SEM 2023
S.ANNA NON DEGENZA	RADIOLOGIA	16	4
	POLIAMBULATORIO	16,5	13
	DS OSTETRICIA	17,5	11
	PMA	11,5	9
S.ANDREA NON DEGENZA	AMBULATORIO	148	14
OFTALMICO NON DEGENZA	CHIRURGIA OFT. D'URGENZA AMBUL.	26	32
	PRONTO SOCCORSO OFTALMICO	37	60
DEGENZA OFTALMICO	CHIRURGIA OFT. D'URGENZA	37,5	115

- Attività di osservazione diretta nelle UU00/Servizi presso i Presidi Ospedalieri S. Spirito e Nuovo Regina Margherita, S. Filippo Neri, Oftalmico, Centro s. Anna: di seguito i risultati

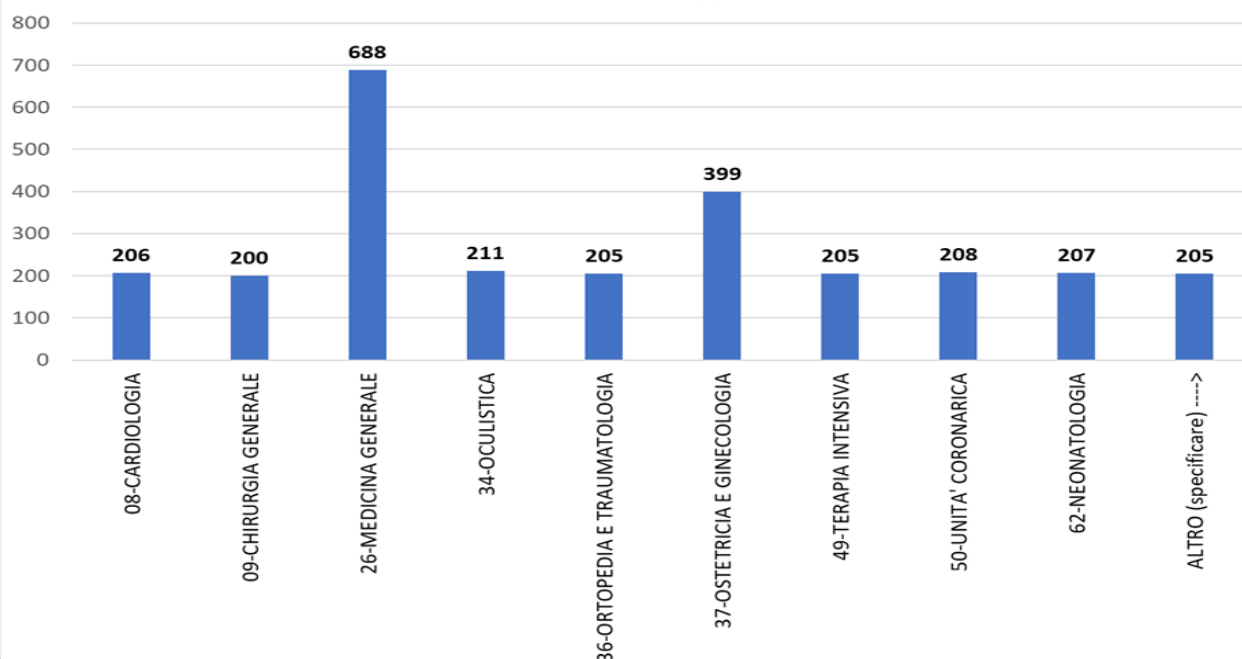
Le sessioni di osservazione si sono svolte nei mesi di ottobre, novembre e dicembre da parte del Gruppo aziendale di osservatori.

Presso il P.O. Santo Spirito e Nuovo Regina Margherita, P.O. Oftalmico e Centro S. Anna sono state osservate **690** Figure Professionali di diversa categoria su un totale di **2734 opportunità** in **300 sessioni** per una durata totale di **23 ore e 59 minuti**. La **compliance** sul totale delle opportunità è pari al **55%**.

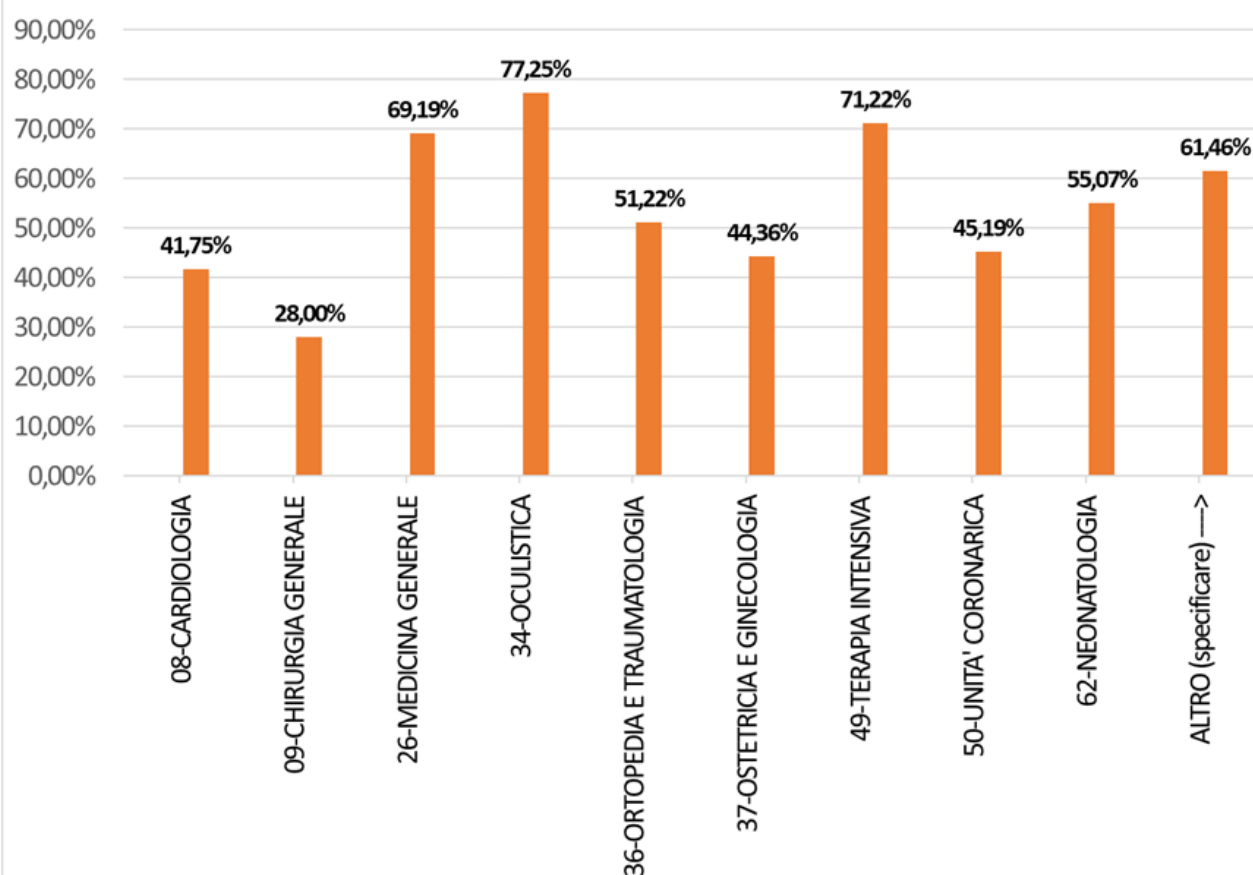
La tabella che segue riporta nel dettaglio quanto osservato per ogni singola Unità Operativa.

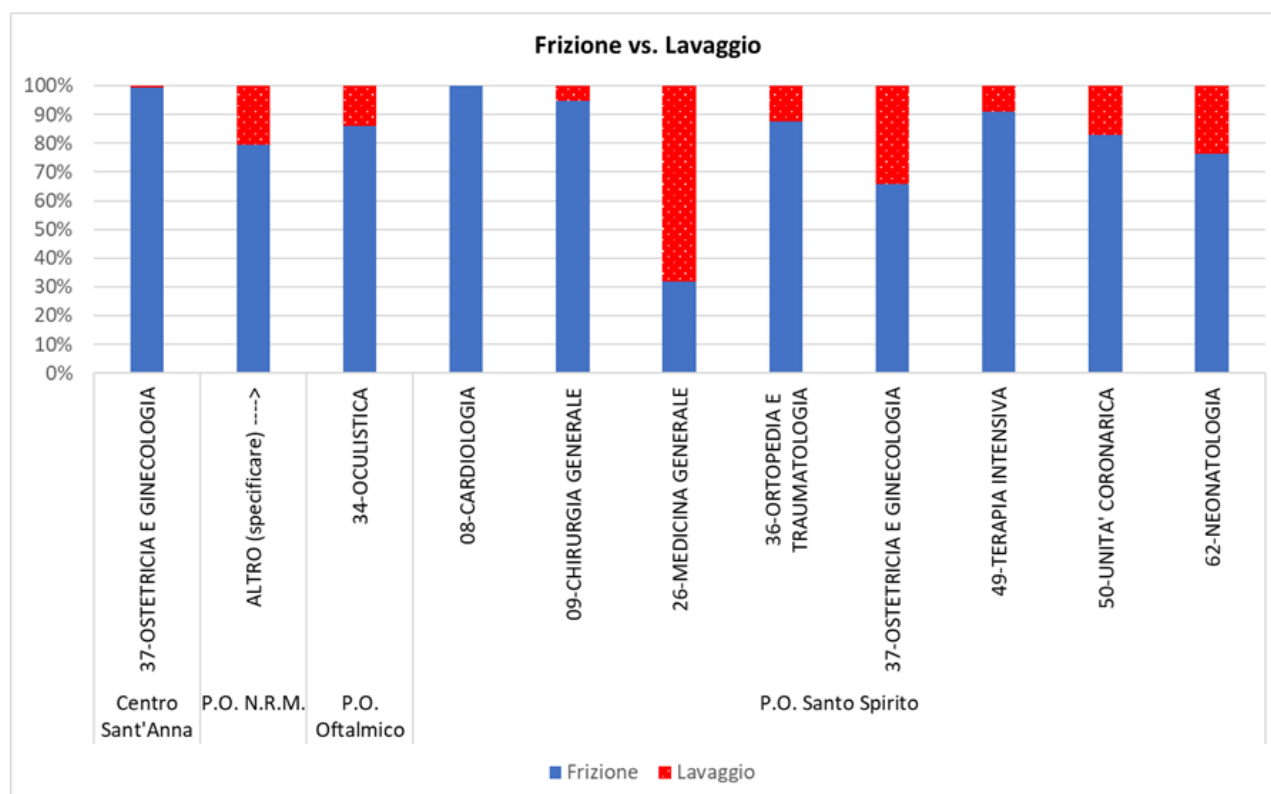
Polo Ospedaliero	Unità Operativa	Tot. Figure Professionali Osservate	Totale Sessioni	Totale Opportunità	Totale ore Osservazioni	Compliance sul totale opportunità
<b>S. SPIRITO</b>	UTIC	71	29	208	06:57	45%
	CARDIOLOGIA	42	19	206	04:10	42%
	CENTRO RIANIMAZIONE E TIPO	77	32	205	10:00	71%
	CHIRURGIA	44	18	200	04:29	21%
	ORTOPEDIA	46	19	205	06:45	51%
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	68	41	154	04:07	27%
	NIDO	89	43	207	04:59	55%
	MEDICINA 1	64	24	287	04:43	60%
	MEDICINA 2	46	17	200	02:47	81%
	MEDICINA FAST	38	12	201	03:27	71%
<b>SANT'ANNA</b>	DEGENZA DIURNA SANT'ANNA	37	14	245	05:35	56%
<b>NRM</b>	DEGENZA DH E UDI NRM	35	19	205	06:30	61%
<b>OFTALMICO</b>	DEGENZA OFTALMICO	33	13	211	07:30	77%
<b>TOTALI</b>		<b>690</b>	<b>300</b>	<b>2734</b>	<b>23:59</b>	<b>55%</b>
						<b>Media totale compliance</b>

Disciplina: numero opportunità

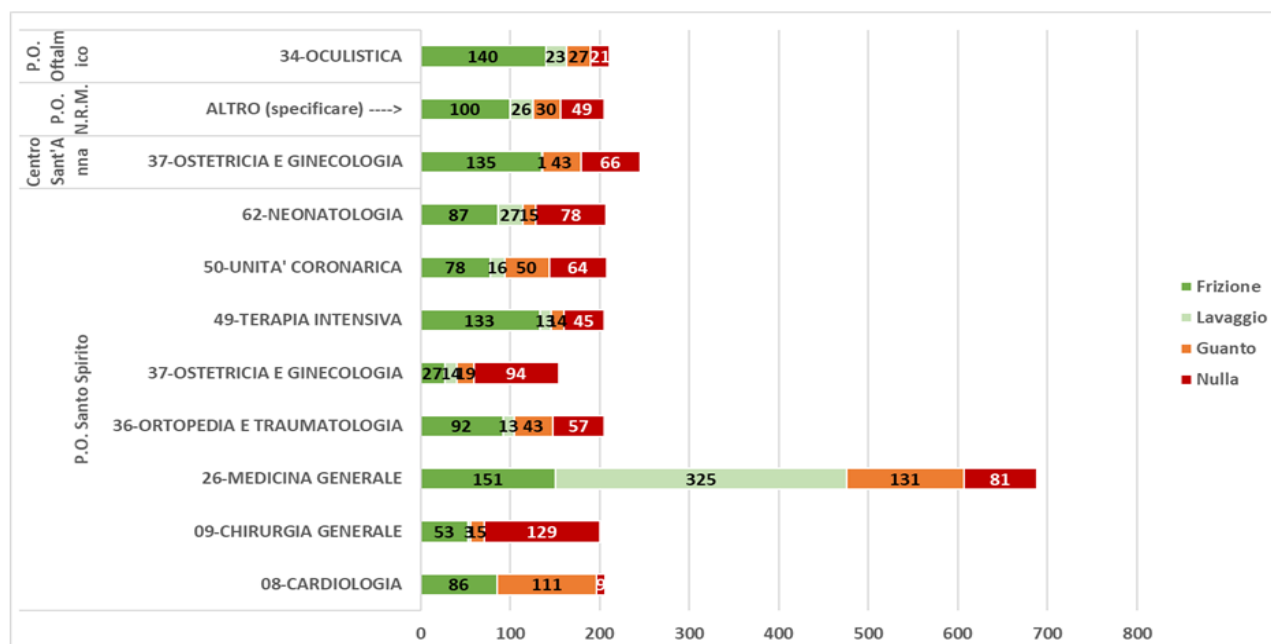


Disciplina: Compliance





Il grafico seguente indica le azioni positive (frizione e lavaggio con acqua e sapone) e negative (nulla e guanto) eseguite sul numero totale di opportunità raggruppate per disciplina.

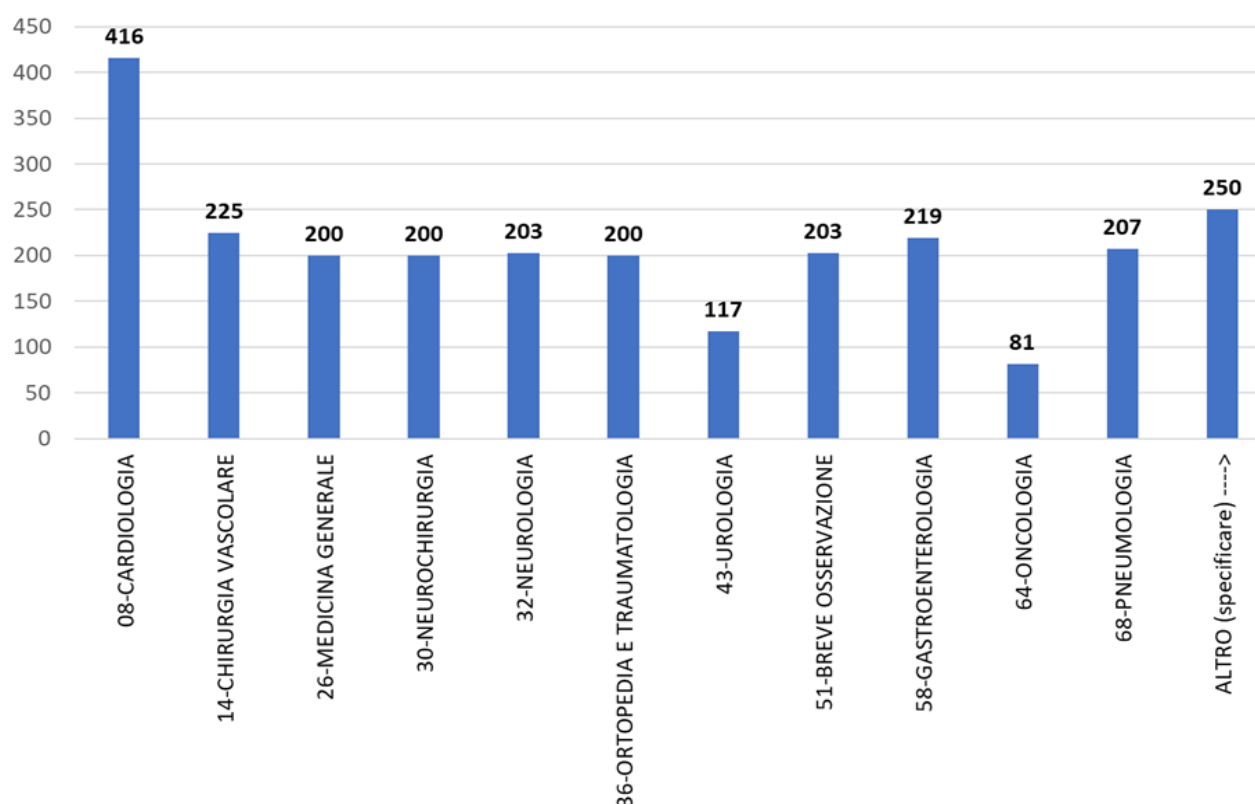


Presso il P.O. San Filippo Neri sono state osservate **461** Figure Professionali di diversa categoria su un totale di **2522 opportunità** in **144 sessioni** per una durata totale di **23 ore e 50 minuti**. La **media compliance** sul totale delle opportunità è pari al **61%**.

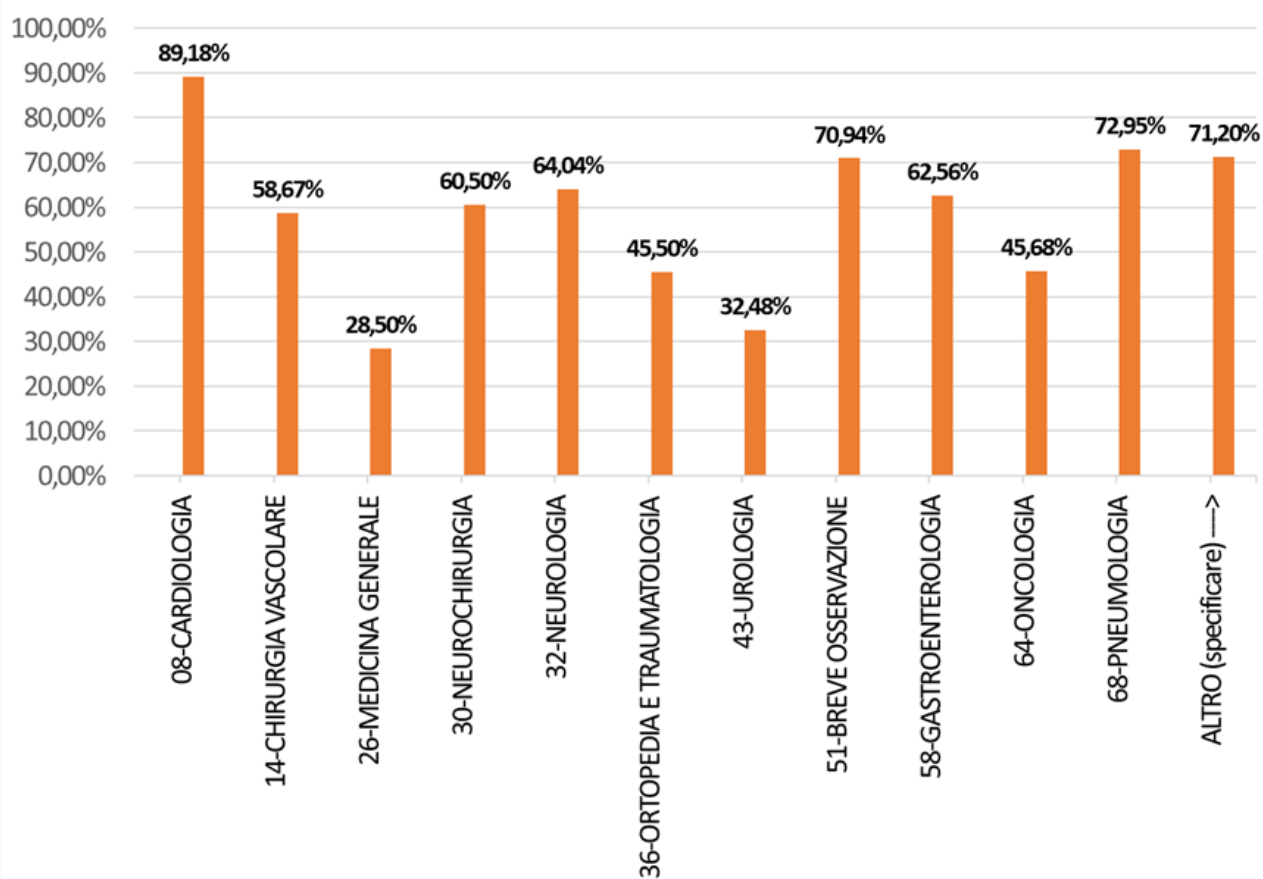
La tabella che segue riporta nel dettaglio quanto osservato per ogni singola unità operativa.

Unità Operativa	Tot. Figure Professionali Osservate	Totale Sessioni	Totale Opportunità	Totale Ore Osservazioni	Compliance sul totale opportunità
CARDIOLOGIA - WEEK CARDIOLOGICA	70	21	416	12:35	89%
CHIRURGIA VASCOLARE	39	11	225	06:30	59%
GASTROENTEROLOGIA	39	15	219	06:50	63%
MEDICINA A e B	37	11	200	05:30	29%
MEDICINA D'URGENZA	27	8	203	03:45	71%
NEUROCHIRURGIA	65	18	200	06:10	61%
NEUROLOGIA	29	10	203	04:05	64%
ORTOPEDIA	28	9	200	07:20	46%
PNEUMOLOGIA	27	8	208	03:30	73%
UROLOGIA-ONCOLOGIA-RIABILITAZIONE	47	21	239	09:55	41%
WEEK SURGERY	38	12	209	05:40	74%
<b>TOTALI</b>	<b>446</b>	<b>144</b>	<b>2522</b>	<b>23:50</b>	<b>61%</b>
					<b>Media Totale compliance</b>

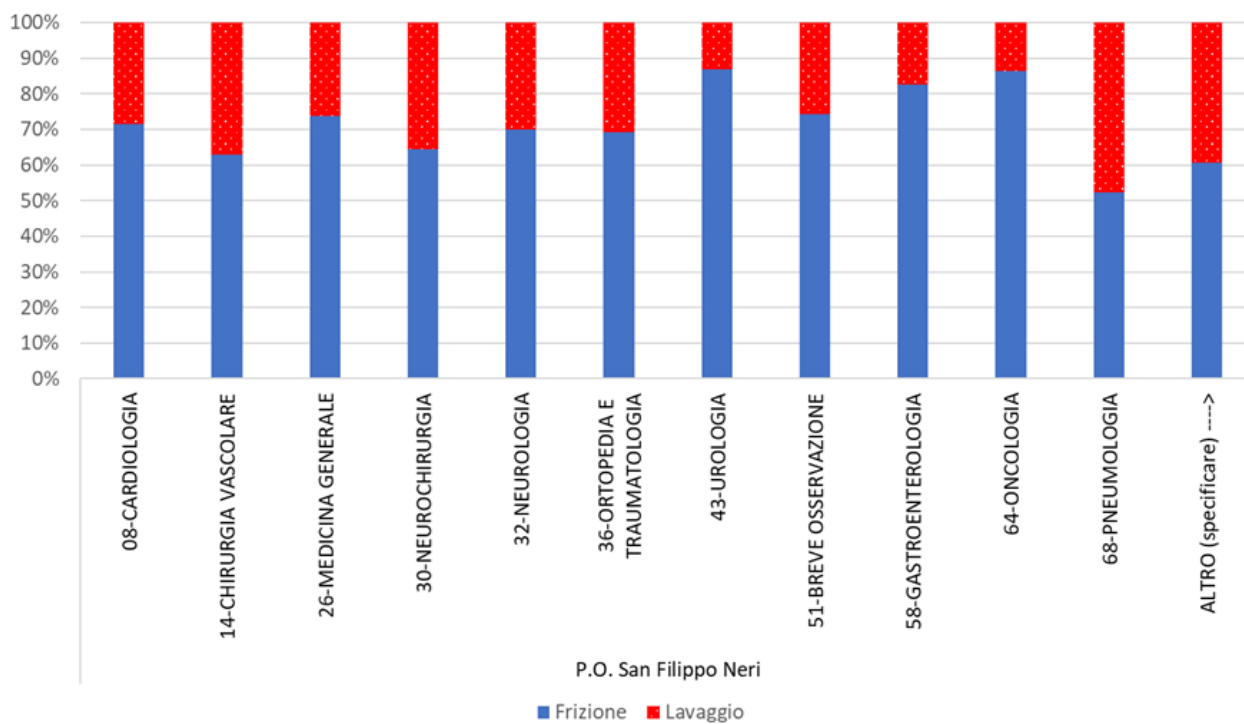
Disciplina: numero opportunità



### Disciplina: Compliance

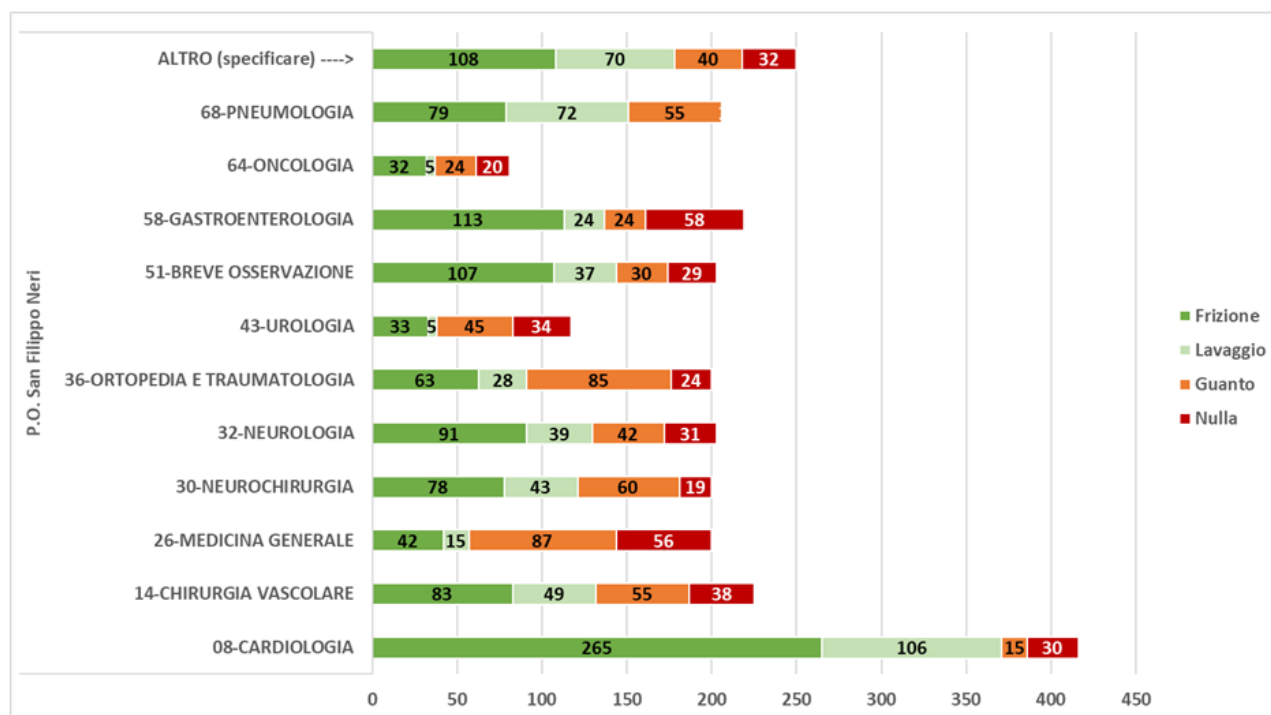


### Frizione vs. Lavaggio





Il grafico seguente indica le azioni positive (frizione e lavaggio con acqua e sapone) e negative (nulla e guanto) eseguite sul numero totale di opportunità raggruppate per disciplina.



#### Attività di invio report microbiologici

- I report microbiologici vengono elaborati semestralmente dalla UOC Microbiologia con invii alle DS di Presidio e alle UU00 per valutazioni ed eventuali azioni da intraprendere se necessario.

#### Attività di audit monitoraggio disponibilità prodotti igiene mani

- L'attività di monitoraggio per mappare e valutare la presenza e disponibilità dei prodotti quali soluzioni a base alcolica, sapone, salviettine monouso, ecc. viene effettuata sia nell'ambito delle riunioni CC-ICA, che attraverso ispezioni/osservazioni dirette nelle UU00/servizi e consultazione con la Farmacia Ospedaliera.

**COMUNICAZIONE PERMANENTE: punteggio 75 (punteggio Intermedio)**

I Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani, come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica e la tecnica corretta di lavaggio delle mani, sono esposti in tutti i reparti/servizi.

Regolare aggiornamento dei materiali (poster, opuscoli, promemoria, etc.) e loro sostituzione se obsoleti e danneggiati

**CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: punteggio 60 (punteggio Intermedio)**

Presenza di un gruppo aziendale di coordinamento e un gruppo aziendale multidisciplinare di formatori/osservatori definito per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani.

Presenza di un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio

Coinvolgimento degli operatori sanitari a partecipare al corso di formazione FAD (modalità *e-learning*) promosso dall'Istituto Superiore di Sanità

I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani attraverso l'informativa fornita dagli operatori.

Distribuiti poster, opuscoli, promemoria in tutti i PP00 e Distretti e inserito materiale informativo nel sito istituzionale (in occasione della Giornata per la sicurezza delle cure)

I dipendenti neoassunti vengono regolarmente formati sulla tematica.

**Attività programmate per  
L'ADEGUAMENTO AL PIANO DI AZIONE LOCALE  
per l'anno 2024 così come indicato nel  
"Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani"  
DETERMINAZIONE 26 FEBBRAIO 2021, N. G02044**

**1. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

**AZIONE:** mappatura delle risorse disponibili per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza (prodotti a base alcolica, sapone, dispenser a muro/carrelli/guide del letto, lavandini, ecc.)

<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoraggio per verifica efficace e regolare fornitura prodotti a base alcolica, sapone, dispenser a muro/carrelli/guide del letto</li> <li>Valutazione della tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso e messa a disposizione degli operatori creme emollienti</li> </ul>	<p>R= CC-ICA; DSPO/Igiene Ospedaliera; Dip. Professioni Sanitarie; UOC SQRM; Area Tecnica; Area Farmacia Ospedaliera T= Entro 30 dicembre 2024 M= annuale</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoraggio sul consumo di soluzione alcolica</li> </ul>	<p>R= Area Farmacia Ospedaliera; DSPO/Igiene Ospedaliera T= Entro 30 giugno e 30 dicembre 2024 M= semestrale</p>
<b>AZIONE: Manutenzione dei lavandini</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoraggio per verificare stato di manutenzione dei lavandini e dispenser</li> </ul>	<p>R= UOC MASI e UOC Logistica T= Entro 30 dicembre 2024 M= Annuale e secondo necessità</p>

## 2. FORMAZIONE DEL PERSONALE

### AZIONE: Formazione obbligatoria per tutto il personale sull'igiene delle mani e ICA

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmazione e realizzazione corsi aziendali sulle procedure ICA</li> <li>• Realizzazione e registrazione di un corso di formazione e-learning sull'igiene delle mani da rendere disponibile nell'area intranet sezione applicativi aziendali, e obbligatorio per tutto il personale sanitario della Asl Roma1</li> <li>• Attivazione di un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione da parte di tutti gli operatori sanitari</li> <li>• Prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile</li> </ul>	<p>R= UOC Formazione; UOC SQRM; Dip. Professioni Sanitarie; DSP0; Gruppi di coordinamento procedure aziendali; CC-ICA T= Entro 30 dicembre 2024 M= annuale</p>
---	--

### AZIONE: Gruppo aziendale degli osservatori

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrainig degli osservatori</li> <li>• Informatizzazione della scheda osservazione e addestramento all'uso della scheda di monitoraggio informatizzata</li> </ul>	<p>R= Gruppo Aziendale Formatori; Dip. Professioni Sanitarie - UOC STI- CC-ICA T= Entro 30 dicembre 2024 M= annuale</p>
--	---

### AZIONE: Attività di osservazione diretta nelle UU00/Servizi presso i Presidi Ospedalieri

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calendarizzazione delle attività di osservazione diretta nelle UU00/Servizi presso i Presidi Ospedalieri/Servizi ambulatoriali</li> <li>• Svolgimento delle osservazioni presso le UU00/Servizi dei Presidi Ospedalieri e i Poliambulatori territoriali</li> </ul>	<p>R= CC-ICA; DSP0; Dip. Professioni Sanitarie; Gruppo Coordinamento Aziendale "Piano di intervento Regionale igiene delle mani" T= Entro 30 dicembre 2024 M= semestrale</p>
---	--

### AZIONE: aggiornamento del materiale per la formazione e la sostituzione di quello obsoleto

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisposizione/aggiornamento del materiale utilizzato per la formazione da parte del Gruppo aziendale formatori</li> </ul>	<p>R= CC-ICA; DSP0; Dip. Professioni Sanitarie; UOC Comunicazione; UOC SQRM T= Entro 30 dicembre 2024 M= annuale e secondo necessità</p>
--	--

### 3. MONITORAGGIO E FEEDBACK

#### AZIONE: Presentazioni dei risultati delle osservazioni sul campo

<ul style="list-style-type: none"> <li>Consegna dei report dei dati relativi alle osservazioni effettuate ai Resp. di funzione di Coordinamento e ai Direttori UU00 con feedback di ritorno al CC-ICA circa le misure di miglioramento da implementare</li> </ul>	R= CC-ICA; DSP0; Dip. Professioni Sanitarie; UU00 T= Entro 30 dicembre 2024 M= semestrale
---	---

#### AZIONE: Valutazione delle informazioni sui tassi ICA

<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizzazione di report semestrali da parte della UOC Microbiologia da condividere con le DSP0 e le UU00</li> <li>Individuazione delle azioni di miglioramento laddove necessario</li> </ul>	R= UOC Microbiologia; DDSSPP; UU00 T= Entro 30 dicembre 2024 M= annuale
---	---

#### AZIONE: Indagine sul consumo di soluzione alcoolica/sapone

<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborazione reportistica</li> </ul>	R= Area del farmaco T= Entro 30 dicembre 2024 M= semestrale
---	---

### 4. COMUNICAZIONE PERMANENTE

#### AZIONE: Piano di aggiornamento regolare dei materiali (poster, opuscoli, promemoria, etc.) e loro sostituzione se obsoleti e danneggiati

<ul style="list-style-type: none"> <li>Aggiornamento regolare dei materiali (poster, opuscoli, promemoria, etc.) e loro sostituzione se obsoleti e danneggiati</li> <li>Predisposizione e collocazione di promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura: screensaver, spille, adesivi</li> </ul>	R= UOC Comunicazione; DSP0; Dip. Professioni Sanitarie; UOC SQRM T= Entro il 30 dicembre 2024 M= semestrale
---	---

### 5. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

#### AZIONE: Verifica dell'attuazione e monitoraggio stato avanzamento attività pianificate nel Piano di Azione Locale

<ul style="list-style-type: none"> <li>Incontri dedicati del Gruppo Go-CICA, con produzione di relazioni di quanto discusso nelle riunioni</li> <li>Organizzazione di sessioni interattive/formative per gli operatori sanitari per restituire l'interpretazione dei risultati del monitoraggio della compliance all'igiene delle mani</li> <li>Pubblicazione dei dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura predisponendo una newsletter interna nella sezione del portale aziendale</li> <li>Predisposizione e invio di lettere per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.</li> </ul>	R= DSP0; CC-ICA; Dip. Professioni Sanitarie; UOC Comunicazione T= Entro 30 marzo 2024 M= semestralmente il Gruppo GO-CICA effettua il monitoraggio dello stato di avanzamento delle attività programmate
--	--

- Inserimento dell'obbligo della formazione sull'igiene delle mani da parte di tutti gli operatori negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.
- Assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento.
- Realizzazione di materiali educativi al fine di coinvolgere i pazienti, i parenti e i visitatori sull'igiene delle mani per facilitare le interazioni tra pazienti e operatori sanitari su questo tema.