

**PIANO ANNUALE DEL RISCHIO SANITARIO
ANNO 2025**

Azienda:

CONCORDIA HOSPITAL

Sede:

**Via delle sette Chiese, 90 - 00145
ROMA**

ED. / REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
00/03	12/02/2025	Risk Manager	Risk Manager	Datore di Lavoro
		Presidenti CCICA		

INDICE

1.	PREMESSA	3
1.1.	SCOPO	4
2.	CONTESTO ORGANIZZATIVO	5
2.1.	GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	5
3.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	6
3.1.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI	6
3.2.	SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO	7
4.	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	7
5.	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	8
6.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	9
7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	9
7.1.	OBIETTIVI	9
7.2.	ATTIVITÀ	10
7.2.1.	OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	10
7.2.2.	OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA	10
7.2.3.	OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA	10
8.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	11
8.1.	OBIETTIVI	11
8.2.	ATTIVITÀ	12
8.2.1.	OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE	12
8.2.2.	OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI	12
8.2.3.	OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE	14
9.	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS	15
10.	RIFERIMENTI NORMATIVI	15
11.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	16
	ALLEGATO 1: RACCOLTA DATI CONSUMI PRODOTTI IDROALCOLICI PER L'IGIENE DELLE MANI	18
	ALLEGATO 2: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI	20

1. PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure.

La possibilità di "**Evento avverso**" è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità; al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come "*il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica*".

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella Legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse e sulla tutela del Paziente.

La **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento "**Risk Management e Qualità in Sanità**" definisce le seguenti raccomandazioni:

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

In questa dimensione, la **Gestione del Rischio Clinico** assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

1.1. SCOPO

Il **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario** (PARS) è lo strumento nato dall'unione dei precedenti PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

Il PARS nasce con l'obiettivo di:

- *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;*
- *Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del risk assessment.*

Regione Lazio – Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 – Adozione del “Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”

Il PARS è, quindi, uno strumento organizzativo e tecnico necessario anche per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti e degli specifici contesti di lavoro.

Il PARS, inoltre, rappresentando le politiche di analisi e di prevenzione del rischio, favorisce un confronto aperto, consapevole e trasparente con gli *stakeholder*.

Le attività indicate sono parte integrante delle iniziative aziendali in materia di rischio clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza, economicità e sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

In questa ottica, è costruito nella prospettiva del miglioramento continuo e dell'implementazione di azioni qualificanti l'attività.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Concordia Hospital nasce nel 1980 e ha sede in Via delle Sette Chiese, 90. La struttura dispone di complessivi 47 posti letto autorizzati di cui 30 accreditati, in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo ordinario e diurno per acuzie. Il Concordia Hospital dispone inoltre di 3 ambulatori in regime di accreditamento e precisamente:

CODICE BRANCA	SPECIALISTICA AMBULATORIALE
09	Chirurgia Generale
34	Oculistica
36	Ortopedia

Completano l'offerta assistenziale il servizio di **medicina di laboratorio** e di **diagnostica per immagini** a supporto dell'attività operatoria.

TABELLA 1

CASA DI CURA CONCORDIA HOSPITAL DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	45	Ortopedia	/
Posti letto diurni	2	Ortopedia	/
Blocchi operatori	2	Serv. Trasfusionali	0
Posti letto dialisi	0	Sale operatorie	3
Hub	0	PMA	0
Terapie intensive	0	UTIC	0

Dati aggiornati al 12/02/2025

TABELLA 2

DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI	Numero	Fonte del dato
Ricoveri ordinari	1388	Amministrazione
Accessi PO	0	
Branche specialistiche	3	
Prestazioni ambulatoriali	307	
Day surgery	148	

Dati aggiornati al 12/02/2025

2.1. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

La Clinica Concordia Hospital, nell'ambito della Gestione del Rischio Clinico, ha da sempre dedicato una particolare attenzione alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e alla loro gestione.

In considerazione dell'impatto che tale tipologia di infezione ha sul carico assistenziale e in considerazione di quanto le richieste della Regione Lazio siano diventate nel tempo sempre più puntuali e specifiche, nel corso dell'anno 2024 è stato introdotto il Piano aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (come da Determinazione 28 novembre 2022, n. G16501 – Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)).

Nel rispetto di quanto previsto dal Piano la struttura è impegnata nella revisione e implementazione delle attività e delle procedure richieste dalla Determinazione.

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

3.1. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI (AI SENSI DELL'ARTICOLO 2. C. 5 L. 24/2017)

Nell'anno 2024 presso la Struttura sono stati segnalati e registrati, utilizzando lo strumento dell'*incident reporting* e delle non conformità, gli eventi riportati nella seguente tabella.

TIPO EVENTO	N°	% (su Tot. Even.)	% cadute (su cate- goria)	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near Miss	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Avversi	3	100%	33%	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (100%)	Sistemi di reporting (100%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Eventi Sentinella	0	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/Comunic. (%)	Sistemi di reporting (%) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%)
Totale	0	/	/	/	/	/

I 3 eventi avversi segnalati nel 2024 fanno riferimento ad eventi che non hanno comportato danni a pazienti/operatori. Non sono state inoltre registrate e né segnalati casi di infezioni post-operatorie degne di nota nel corso dell'anno.

Da sempre la Clinica Concordia Hospital pone particolare attenzione alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza già a partire dalla fase di pre-ospedalizzazione con un' attenta valutazione che prevede accurati accertamenti diagnostici per gli interventi chirurgici in elezione e nelle primissime fasi di ricovero per gli interventi in urgenza. Inoltre, per tutta la durata della degenza, sono rispettate tutte le misure di prevenzione e di antisepsi raccomandate dalla letteratura internazionale e dalle linee guida.

Occorre sottolineare, altresì, che la Direzione Sanitaria ha disposto il mantenimento dei DPI (mascherina in tutti i reparti di degenza per il personale, i pazienti e visitatori); tale provvedimento ha determinato l'azzeramento di tutte le infezioni di tipo respiratorio sia per i degenti che per il personale che, nel corso dell'anno, non ha riportato assenze sul lavoro per malattie dovute a infezioni di tipo respiratorio. L'orientamento è di mantenere queste precauzioni anche in futuro. Nel corso del 2024, inoltre, sono stati incrementati i punti di erogazione del gel idroalcolico per l'igiene delle mani, intervento che ha contribuito a prevenire i casi di infezioni correlate all'assistenza.

Durante le *Safety Walkaround* condotte periodicamente dalla Direzione Sanitaria/Risk Manager, è stato possibile constatare che i visitatori, oltre che il personale ed i degenti, prestano molta attenzione al rispetto delle regole imposte dalla Direzione Sanitaria.

Nell'ambito del progetto della ASL RM2, a cui la Clinica aderisce, riguardo l'obbligo di notifica dei casi di batteriemie da CRE (in coerenza con quanto previsto dalla circolare del Ministero della Salute n. 1479 del 17 gennaio 2020) e delle infezioni/colonizzazioni da Enterobacteriaceae resistenti a ceftazidime/avibactam, nel corso del 2024, la Clinica non ha riscontrato casi da segnalare alla ASL di competenza.

In merito al programma di controllo della Legionella, si precisa che, nel corso del 2024, è stata installata una stazione di clorazione permanente che ha consentito, in aggiunta alla pulizia mensile dei filtri dei terminali idrici della Clinica da parte della ditta incaricata (per evitare punti di ostruzioni che possono causare la proliferazione di Legionella), di non rilevare la presenza di Legionella a seguito dei campionamenti eseguiti semestralmente, come anche documentato nel registro per la manutenzione della legionellosi e nei report delle analisi microbiologiche di controllo.

3.2. SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)

ANNO	N Sinistri aperti	N Sinistri erogati	Risarcimenti erogati
2020	0	0	€ 0
2021	0	0	€ 0
2022	0	0	€ 0
2023	0	0	€ 0
2024	0	0	€ 0

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	SCADENZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA	BROKER
2020	RCH 00020000059	2021	AM TRUST Ospedali privati	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2021	RCH 00020000059	2022	AM TRUST Ospedali privati	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2022	RCH 00020000059	2024	AM TRUST Ospedali privati	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi
2023	420355057	2024	GENERALI ASSICURAZIONI SPA	Dati Amministrativi	Dati Amministrativi	Ecclesia GEAS Sanità
2024	Dati amministrativi	2025	DUAL ITALIA	€ 146.700,00	€ 250.00.00	Ecclesia GEAS Sanità

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE**ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO:**

ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
1: Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico".	IN PROGRAMMA	La programmazione del corso è posticipata al 2025.
2: Ulteriore implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi e dei near-miss	SI	
3: Identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround	SI	La direzione ed il risk manager ritengono tale obiettivo fondamentale per una corretta impostazione di dati di ritorno. A tal fine l'obiettivo viene considerato prioritario ed inserito nuovamente tra le azioni di miglioramento per il 2025.

ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO:

ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO ATTUAZIONE
1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	IN PROGRAMMA	La programmazione del corso è posticipata al 2025.
2: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani	SI	Le attività connesse al Piano di azione locale sull'igiene delle mani proseguiranno anche nel 2025.
3: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riguardo alla ferita chirurgica (nel rispetto di quanto previsto dal Piano regionale per la prevenzione delle ICA)	SI	La struttura ha recepito quanto previsto sul tema dalla Det. Reg. Lazio G16501/2022.
4: adesione al programma PP10 della ASL RM2 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-resistenza"	SI	Le attività connesse al programma PP10 della ASL RM2 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-resistenza" proseguiranno anche nel 2025.
5: incremento dei siti di rilevazione di <i>Legionella Pneumophila</i> a livello del sistema idrico della clinica	SI	Le attività connesse a siti di rilevazione di <i>Legionella Pneumophila</i> a livello del sistema idrico della clinica proseguiranno anche nel 2025.

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- Direttore Sanitario/Presidenti del CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
- Legale Rappresentante: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

AZIONE	Presidenti CCICA	Risk Manager	Legale Rappresentante	Direttore Sanitario
Redazione PARS	R	R	C	C
Adozione PARS	I	I	R	C
Monitoraggio PARS	R	R	I	C

(1): Ove non coincida con il Presidente CCICA
R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

7.1. OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- 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;
- favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

È mandatario declinare un **minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici**.

7.2. ATTIVITÀ**7.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE****ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"****INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025**(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)****STANDARD:** 100%**Fonte:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	R	I

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**7.2.2. OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA****ATTIVITÀ 2: Ulteriore implementazione della scheda di segnalazione degli eventi avversi e dei near-miss****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2025**(n segnalazioni con nuova modulistica) / (n eventi segnalati)****STANDARD:** 90%**Fonte:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato**7.2.3. OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA****ATTIVITÀ 3: Identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround****INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2025**(n Safety Walkaround realizzati) / (n Safety Walkaround programmati)****STANDARD:** 90%**Fonte:** Risk Management**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Implementazione strumento	R	C
Informazione/formazione	R	C
Verifica utilizzo	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

8.1. OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- 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 produttori di carbapenemasi (CPE).

È mandatario declinare un **minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici.**

8.2. ATTIVITÀ

8.2.1. OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2025

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

8.2.2. OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 è stato adottato il documento "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".

Così come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2024 e U. 0091714 del 22/01/2025, il presente piano di azione locale viene redatto dal Concordia Hospital al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che "Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2024, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura" (**Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**) e per mantenerlo come livello standard anche negli anni a seguire

ATTIVITA' 2

TABELLA B1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

AZIONE	R	T	M
Esaminare le informazioni disponibili sulla compliance all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.	Risk Manager	04/24	06/24
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indagine sui singoli Reparti/Servizi; ✓ Indagine sul consumo di soluzione alcolica. 	Risk Manager	04/24	06/24
Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica	Direttore Sanitario	12/24	10/24
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura	Direttore Sanitario	12/24	10/24

R: Responsabile; T: Tempi previsti per implementazione; M: Monitoraggio

AZIONE	T	M
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.	05/24	07/24
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale	06/24	07/24
Identificare i formatori	06/24	07/24
Identificare gli osservatori	06/24	12/24
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati	06/24	12/24
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	06/24	12/24
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.	05/24	07/24
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	07/24	12/24
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori	11/24	12/24
Definire un sistema per aggiornare la formazione e il verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari	11/24	12/24
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori	11/24	12/24
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione alla sostituzione di quello obsoleto.	11/24	12/24

R: Responsabile; T: Tempi previsti per implementazione; M: Monitoraggio

8.2.3. OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE

ATTIVITÀ 3: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riguardo alla ferita chirurgica (nel rispetto di quanto previsto dal Piano regionale per la prevenzione delle ICA)

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2025

Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.

STANDARD: 100%

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso nazionale	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 4: adesione al programma PP10 della ASL RM2 "Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-resistenza"

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2025

STANDARD: 100%

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Valutazione attività applicabili	C	R
Adesione al programma	C	R
Verifica	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

ATTIVITÀ 5: piano di controllo per la rilevazione di Legionella Pneumophila a livello del sistema idrico della clinica

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2025

STANDARD: 100%

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Valutazione attività applicabili	C	R
Esecuzione attività	C	R
Verifica	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il presente PARS sarà diffuso attraverso i seguenti strumenti:

- pubblicazione su home page del sito internet aziendale;
- presentazione alla Direzione Aziendale;
- diffusione e presentazione al personale di struttura;
- invio al CRRC.

10. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", pubblicata in Gazzetta Ufficiale, serie Generale, n. 64 del 17 marzo 2017, ed entrata in vigore giorno 1 aprile 2017.
- Decreto-legge n. 158 del 13 settembre 2012 (c.d. "decreto omnibus" per la sanità).
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Circolare Ministero Salute 6 dicembre 2019 – Indicazioni per la sorveglianza e controllo infezioni da CRE;
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";
- Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep.Atti 156/CSR)";
- Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328 Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";
- Determinazione n. G09535 del 02/07/2014 "Linee Guida Regionali per l'attività di Gestione dei sinistri da responsabilità Medico/Sanitaria – Composizione e Funzionamento dei Comitati Valutazione Sinistri.
- Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): "Gestione del rischio clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza" (Determinazione Regionale N. G04112 del 01/04/2014).

- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- Determinazione Regione Lazio G00163 11 gennaio 2019 recante "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)";
- Determinazione Regionale n. G02044 del 26 febbraio 2021 recante "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".
- Determinazione N. G00643 del 25/01/2022 – Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- Nota Regione Lazio Prot. n. 99218 del 23/02/2015 Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti.
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
- Deliberazione Regione Lazio n. 970 del 21 dicembre 2021 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025";
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025.
- Deliberazione Giunta Regionale (Regione Lazio) n. 460 del 28/06/2024 con oggetto "Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi".

11. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management e Qualità in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.
- WHO – World Alliance for patient safety – The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Save Surgery Save Live".
- WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997.
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997.
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.
- Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
- 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
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators:
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>

ALLEGATO 1

REPORT MONITORAGGIO CONSUMO PRODOTTI IDROALCOLICI PER L'IGIENE DELLE MANI

ALLEGATO 1: RACCOLTA DATI CONSUMI PRODOTTI IDROALCOLICI PER L'IGIENE DELLE MANI

Anno Riferimento	2024
Intervallo di tempo	annuale
Standard	20 litri / 1000 gg degenza
Fonte	OMS

Tabella 1: Consumo riferito all'intera struttura

CSIA*	GDO*
30,00	2365

Tabella 2: Se disponibile, inserire i dati di CSIA della struttura suddivise per aree di degenza/NON degenza

Area di:	CSIA*	GDO*
Degenza***	30,00	2365
NON Degenza***	//	//
Totale	30,00	2365

N.B. I dati ottenuti nella riga "totale" devono corrispondere ai rispettivi valori della Tabella 1

*** Per la definizione di CSIA e/o di GDO fare riferimento al foglio "Legenda"**
**** Per l'identificazione delle aree di "Degenza" e "NON Degenza" fare riferimento al foglio "Legenda"**

LEGENDA

CSIA	Consumo di Soluzione Idroalcolica e/o prodotto equivalente espressa in litri.
GDO	Giornate di Degenza Ordinaria: somma del numero di interi giorni (24h) trascorsi dai pazienti nel reparto da cui vengono dimessi.
Aree di degenza	Include tutte le aree di degenza (Medicina, Chirurgia, etc.)
Aree di NON degenza	Include le seguenti aree/Discipline: Sale di attesa, uffici etc. ed eventuali altre aree di NON Degenza.

N.B. Nel corso dell'anno è stato effettuato un audit in data 13 novembre 2024 a cui ha partecipato la Caposala di reparto f.f., la consulente aziendale per il Rischio Clinico e il Direttore sanitario per valutare lo stato dell'arte sulla diffusione del consumo di gel idroalcolico. Nel corso dell'incontro è stato stabilito che tutti gli erogatori di sapone comune in dotazione al personale di reparto dovranno essere sostituiti da gel idroalcolico. Si è altresì stabilito di diffondere in reparto cartelloni esplicativi da appendere nei punti chiave, che illustrino le modalità di lavaggio delle mani. In data 18 novembre 2024 tali manifesti sono stati resi disponibili per l'affissione (vedi allegato sotto).

Il Direttore Sanitario
Dr. Giancarlo Vaccarella

ALLEGATO 2

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

ALLEGATO 2: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Con la Deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lazio n. 460 del 28/06/2024 è stato adottato il documento "Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi".

Il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito della Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi e, soprattutto, quanto programmato per l'anno 2025 e rappresenta a tutti gli effetti il *Programma di Controllo della Legionellosi*, come previsto dalle suddette Linee di Indirizzo.

GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE

I compiti previsti dalle Linee di Indirizzo in tema di Legionellosi per quanto riguarda il gruppo di lavoro multidisciplinare sono assolti dal CC-ICA.

Il CC-ICA (Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza) si avvarrà, per i temi legati alla Legionella, anche del supporto di:

- RSPP
- Servizio Tecnico
- Responsabile del Laboratorio

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Per quanto concerne la Valutazione del Rischio si rimanda al Documento di Valutazione dei rischi redatto in base al Testo Unico della sicurezza sul lavoro, secondo il D.lgs. 81/2008 e s.m.i..

I compiti previsti dalle Linee di Indirizzo in tema di Legionellosi per quanto riguarda il gruppo di lavoro multidisciplinare sono assolti dal CC-ICA.

ATTIVITÀ PROGRAMMATE 2025

ATTIVITÀ	OBIETTIVO	DATA
1: Riunioni del gruppo di lavoro	Almeno 1 riunione anno	31/12/2025
2: Valutazione del rischio	DVR come da D.lgs. 81/08	Biennale, a meno di intervenute modifiche di impianti o di popolazione e/o in caso di reiterata presenza di Legionella
3: Ispezione della struttura	Esecuzione di almeno un sopralluogo per l'individuazione e/o conferma delle fonti di rischio	31/12/2025
4: Misure di prevenzione	Individuazione delle misure adatte e relativa implementazione	31/12/2025
5: Misure di controllo	Campionamenti microbiologici: Risultati negativi: controlli di routine annuali Risultati positivi: campionamenti continui dopo azioni correttive fino a negativizzazione	31/12/2025, salvo risultati positivi
6: Procedure specifiche di gestione Rischio Legionellosi, anche in assenza di casi	Redazione/revisione	31/12/2025
7: Procedure di segnalazione e notifica	Redazione/revisione	31/12/2025
8: Procedure in caso di ICA	Redazione/revisione	31/12/2025
9: Formazione del personale	1 evento	31/12/2025
10: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	1 evento	31/12/2025

Il presente *Programma di Controllo della Legionellosi* è da considerarsi redatto e approvato da tutto il Gruppo di lavoro e assume la data di revisione del documento cui è allegato (MOD-PARS).

N.B. Nel corso del 2024 è stato installato un apparecchio permanente di clorazione dell'impianto idraulico

In corrispondenza dell'immissione nella rete della struttura, consistente in un erogatore di cloro a dosi controllate e con sistema di autocontrollo del suo funzionamento.

Tale attività è stata affidata ad Azienda specializzata che opera su scala nazionale nel settore della disinfezione di ambienti e grandi strutture.

Inoltre è stato stipulato con la suddetta Ditta un contratto di manutenzione di tutti i terminali dell'impianto idraulico della clinica per quanto concerne la pulizia dei filtri di rubinetti e soffioni delle docce e di controllo sull'addolcitore delle acqua sanitaria, onde prevenire la formazione di accumuli di calcio e incrostazioni nei tubi, che sono processi che favoriscono l'insediamento della Legionella e la sua proliferazione incontrollata. Tale attività di manutenzione si svolge con cadenza mensile sotto la mia personale supervisione.

IL DIRETTORE SANITARIO

Come lavarsi le mani?

Lavare le mani quando sono sporche, oppure utilizzare le salviettine monouso

Durata della procedura: 40-60 secondi



Fonte: World Health Organization

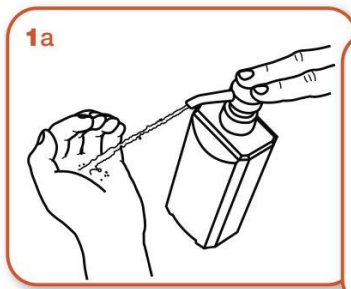


Come **frizionare** le mani con la soluzione alcolica?

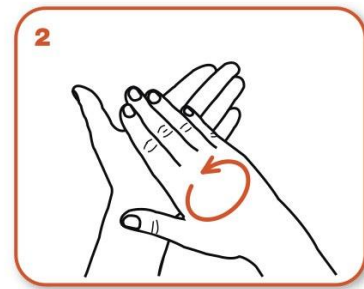
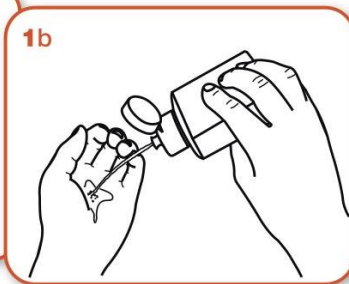
**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!
LAVALE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**



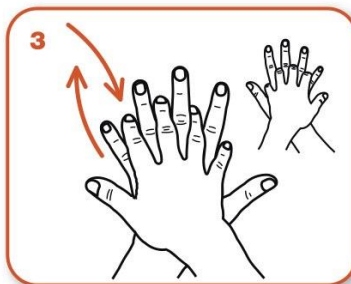
Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



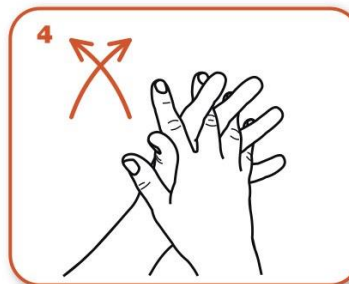
Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



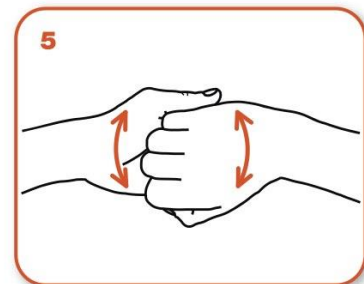
frizionare le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



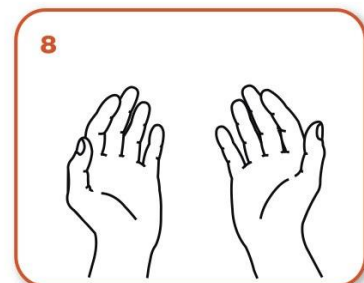
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.