

Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

Deliberazione n. 250 del 27-02-2023

Struttura proponente: UOSD RISK MANAGEMENT

Oggetto: Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2023 – Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata ai sensi della Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00643 Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)", confermata con nota della Regione Lazio Registro Ufficiale U.0124752 del 02-02-2023.

A CURA DELLA STRUTTURA PROPONENTE

Il Direttore, a seguito dell'istruttoria effettuata, con la sottoscrizione del presente atto, ATTESTA CHE, come meglio riportato nel preambolo e nel dispositivo deliberativo:

- l'atto è legittimo e utile per il pubblico servizio;
- i costi/ricavi, così come riportati nel dispositivo, sono correttamente valorizzati in relazione agli effetti derivanti dal presente atto OVVERO gli effetti del presente atto non comportano oneri/non attivano proventi imputabili al bilancio
- gli oneri di cui al presente atto sono non sono ricompresi nel budget di assegnazione

L'estensore: (Dott.ssa Barbara Passini)

Firma Barbara Passini

Il Responsabile del procedimento (Dott.ssa Barbara Passini)

Firma Barbara Passini

Il Dirigente Responsabile della UOSD (Dr.ssa Barbara Passini)

Firma Barbara Passini

A CURA DEL DIRETTORE UOC RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE

Il Direttore, con la sottoscrizione del presente atto:

- ATTESTA che i costi/ricavi di cui al presente atto, così come riportati e valorizzati nel dispositivo a cura della struttura proponente, sono correttamente imputati sui conti/sottoconti economici/patrimoniali ivi indicati OVVERO CONFERMA che gli effetti del presente atto non comportano oneri/non attivano proventi imputabili al bilancio
- CONFERMA: che gli oneri di cui al presente atto sono non sono ricompresi nel budget di assegnazione

Il Direttore: Dr. Stefano Piccari Stefano Piccari

N. cronologico: 256 Data 24/2/2023

Parere Direttore Amministrativo
 Favorevole Contrario
Dr. Francesco Quagliariello Francesco Quagliariello

Parere Direttore Sanitario ff
 Favorevole Contrario
Prof. Andrea Magrini Andrea Magrini

Fondazione PTV

POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO CHE con deliberazione del Consiglio di Amministrazione assunta in data 26.02.2021, su designazione del Presidente della Regione Lazio con proprio Decreto n. T00026 del 25.02.2021 d'intesa con il Rettore della Università Tor Vergata, il Dott. Giuseppe Quintavalle è stato nominato Direttore Generale della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata e dell'Azienda ospedaliera universitaria PTV Policlinico Tor Vergata;

VISTA la Circolare del Direttore Generale del PTV, Prot. n. 7972/2016 del 25/03/2016, che riporta le “*DISPOSIZIONI in materia di redazione degli atti deliberativi a firma del Direttore Generale*” e alla quale si fa integrale rinvio;

VISTI:

- il decreto ministeriale dell'11 dicembre 2009 “*Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità SIMES*”.
- il DCA n. U00480 del 6/12/2013, recante la “*Definitiva adozione dei programmi operativi 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio*”, ed in particolare l'intervento 18.1 “*Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi e l'intervento 18.6 - Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo*”.
- il DCA n. U00469 del 7 novembre 2017 “*modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012*” inerente al requisito relativo alla gestione del rischio clinico.

CONSIDERATO CHE la Regione Lazio, in attuazione di quanto previsto dal citato intervento 18, ha inteso garantire una adeguata azione di impulso e coordinamento nella delicata materia del rischio clinico, sia sul versante della sicurezza delle cure, sia sul piano del recupero di margini di economicità dell'azione attraverso un'adeguata strategia di gestione del rischio assicurativo;

VISTA la Determinazione n° G16829 del 6 dicembre 2017 “*Istituzione Centro Regionale del Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017*” con la quale è stato istituito il Centro Regionale del Rischio Clinico, avente, tra le altre, la funzione di elaborare e revisionare le Linee Guida per la redazione del Piano annuale di attività aziendale dei *Risk Manager* (di seguito PARM);

VISTA la Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00643 Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" nella quale sono state delineate le Linee guida per la stesura del PARS 2022, nonché la relativa tempistica di attuazione;

RITENUTO di adottare il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) – anno 2023 della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Fondazione PTV POLICLINICO TOR VERGATA

Sede legale: Viale Oxford, 81 – 00133 Roma

ACQUISITA, da parte del responsabile della struttura proponente, l'attestazione, tramite la sottoscrizione riportata in frontespizio, che il presente atto non comporta oneri a carico del Bilancio né genera proventi allo stesso imputabili, così come confermato dal Direttore della UOC Risorse economiche e finanziarie in sede di parere riportato in frontespizio;

PRESO ATTO che il Dirigente/Responsabile proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo e utile per il servizio pubblico;

VISTO il parere del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo in frontespizio riportato, formulato per quanto di rispettiva competenza,

DELIBERA

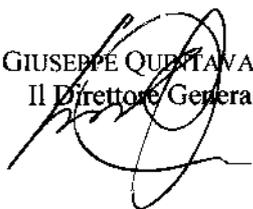
per i motivi e le valutazioni sopra riportate, che formano parte integrante del presente atto:

- 1) di adottare il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) – anno 2023 della Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- 2) di trasmettere il documento di cui al precedente punto 1), a cura del Risk Manager, alla Regione Lazio;
- 3) di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del Bilancio né genera proventi allo stesso imputabili.

La presente deliberazione è composta di n. 3 pagine (comprehensive del frontespizio) del documento del PARS costituito da n°54 pagine e di 1 allegato.

La presente deliberazione è posta in pubblicazione all'Albo pretorio *on line* sul sito *web* istituzionale aziendale www.ptvonline.it per quindici giorni consecutivi ed è resa disponibile, tramite canale telematico, al Collegio dei Revisori.

GIUSEPPE QUATTAVALLE
Il Direttore Generale



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 1 di 24

INDICE

1.0	RAZIONALE	2
2.0	MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO	4
3.0	STRUTTURA DEL PIANO DI INTERVENTO LOCALE	5
4.0	RELAZIONE DELLE ATTIVITA '- CONSUNTIVO 2022	6
5.0	RELAZIONE DELLE ATTIVITA '- PREVENTIVO 2023	12

PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 2 di 24

1.0 RAZIONALE

Nel panorama dei potenziali rischi per la sicurezza del paziente, attribuibili all'assistenza sanitaria, le complicanze infettive giocano un ruolo di primo piano, perché sono frequenti, perché hanno un elevato impatto clinico ed economico e perché sono, in parte, evitabili.

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura

Le ICA rappresentano la complicanza in assoluto più frequente tra i pazienti ricoverati in ospedale. La frequenza con cui compare una complicanza infettiva è pari a 5-10% in pazienti ricoverati in ospedale, 5% in pazienti residenti in strutture per anziani e 1% in pazienti assistiti a domicilio.

Le cause sono molteplici, fra le principali ricordiamo:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi; gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili;
- l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunodepressione) o la presenza di altre gravi patologie concomitanti;
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale;
- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA.

Dalla definizione si desume chiaramente che le ICA sono correlate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, e possono insorgere come conseguenza di criticità di tipo strutturale e tecnologico, di carenze nelle procedure assistenziali o di comportamenti non corretti da parte degli operatori.

Non tutte le ICA sono prevenibili; si stima che, con le opportune misure di controllo e prevenzione, si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%. Fra questi interventi, **la corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro**. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente. Purtroppo il livello di adesione a questa pratica è, spesso, inaccettabilmente, basso. In letteratura è riportata un'adesione inferiore al 40% nelle strutture sanitarie in cui non sono stati implementati appositi programmi di sensibilizzazione. Questo valore scende sotto il 20% nelle strutture residenziali per anziani.

PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 3 di 24

La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce a prevenire o ridurre:

- a. la colonizzazione e infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti);
- b. la diffusione di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti) nell'ambiente sanitario;
- c. le infezioni causate da microrganismi endogeni;
- d. la colonizzazione e infezione degli operatori sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del **"tutto o nulla"** dei bundle, debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione.

Anche nella gestione dell'emergenza pandemica da SARS-Cov-2, l'igiene delle mani, associata al distanziamento fisico e all'*etiquette respiratoria*, rappresenta un elemento di cruciale importanza per ridurre la trasmissione del virus in tutti gli ambiti, professionali e non. In ambito lavorativo, in particolare, i dispositivi medici e i dispositivi di protezione individuale sono efficaci per la protezione degli operatori solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che comprende controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici, tra i quali quelli relativi all'igiene delle mani

Sulla scorta di queste premesse, il Centro Regionale del Rischio Clinico (CRRC) ha elaborato un "piano di intervento regionale sull'igiene delle mani", (consultabile in Intranet, nella sezione CIO) con l'obiettivo di definire un *bundle* di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta alle organizzazioni sanitarie di elaborare un piano di azione locale, per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS.

Le indicazioni contenute nel documento regionale e in quello locale, non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani, sia che venga praticato mediante lavaggio con acqua e soluzione antisettica, oppure mediante frizione alcolica.



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 4 di 24

2.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

In questo documento (tanto nella versione regionale quanto in quella locale) il modello teorico di riferimento è quello del *BUNDLE*.

Il *bundle* è un insieme contenuto (da 3 a 5) di pratiche evidence-based che, applicate congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che le stesse determinerebbero se fossero attuate separatamente.

Il concetto di bundle è stato sviluppato, a partire dal 2001, dall' Institute for Healthcare Improvement (IHI) come supporto agli operatori sanitari per migliorare la cura dei pazienti sottoposti a specifici trattamenti ad alto rischio.

Le principali caratteristiche che identificano un bundle sono:

- la legge del “**tutto o nulla**”, cioè un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate contemporaneamente;
- deve essere facilmente gestibile e quindi composto da un numero limitato di azioni attuabili in maniera sostenibile, facili da memorizzare e semplici da monitorare;
- include solo alcune tra tutte le possibili strategie applicabili, quelle più solide in termini di evidenze scientifiche, da cui derivano sicuri vantaggi in termini di esito delle cure.

Nel caso delle ICA, similmente a quanto accade nei bundle, tutti gli elementi contenuti negli ambiti **Strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale** devono essere sincronicamente presenti se si vuole raggiungere il risultato, e cioè prevenire, monitorare e controllare efficacemente le ICA.

Per gli scopi del documento, gli ambiti vanno intesi come di seguito specificato:

Ambito Strutturale/Tecnologico: requisiti di cui il sistema ha materialmente bisogno per il raggiungimento dello standard di qualità prefissato (ad esempio: percorsi sporco/pulito, ascensori dedicati per lo sporco, procedure specifiche, stanze di isolamento, ecc.);

Ambito organizzativo: misure finalizzate a mantenere uno standard formativo costantemente elevato (ad esempio: formazione, retraining, autovalutazioni ecc.) e interventi finalizzati al monitoraggio della implementazione delle buone pratiche e degli indicatori di processo;

Ambito professionale: insieme di azioni ripetute e finalizzate alla implementazione delle buone prassi nella pratica clinico-assistenziale.



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 5 di 24

3.0 STRUTTURA DEL PIANO DI INTERVENTO LOCALE

Il piano di intervento è stato costruito partendo dalle indicazioni contenute nel documento Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions dell'OMS, ed è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani.

le cinque sezioni sono:

- SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI
- SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE
- SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK
- SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE
- SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire alla struttura di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

Ad ogni sezione viene assegnato, in base al questionario stesso, un punteggio, in modo da consentire alla struttura di evidenziare le eventuali criticità riscontrate per ogni ambito.

Il punteggio, in analogia al documento OMS, individua quattro livelli:

1. **INADEGUATO:** la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
2. **BASE:** sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2021, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della struttura.
3. **INTERMEDIO:** è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della struttura.
4. **AVANZATO:** la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

Il piano di azione locale, elaborato sulla base delle evidenze prodotte di questionari di autovalutazione, è reso disponibile per la consultazione da parte degli operatori sanitari e non sanitari del PTV e ne è data evidenza nel PARS. Inoltre, come espressamente richiesto dal CRRC, tale piano costituisce un allegato al PARS.



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 6 di 24

4.0 RELAZIONE DELLE ATTIVITA' - CONSUNTIVO 2022

Di seguito le tabelle esplicative riportanti i dati relativi al consuntivo 2022 suddivisi per sezione

In aderenza a quanto stabilito nel Piano di Intervento Regionale, la disponibilità di postazioni di gel alcolico tali da consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani, è adeguata, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo

Tabella 1

SEZIONE A- REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Approvvigionamento gel alcolico e supporti a parete	SI	Per l'anno 2022 la farmacia clinica si approvvigiona di gel alcolico per l'igiene delle mani dalla gara regionale
Elaborazione report periodico consumo in lt/1000 giorni degenza	SI	Consumati nel 2022 circa 12980 litri, pari a 96.50 lt/1000 giorni degenza.
Osservazione aderenza igiene mani	SI	Sono state effettuate in totale, divise per aree dipartimentali: Area Medica: 900 opportunità circa; Area Chirurgica: 1250 opportunità circa; Area Emergenza (escluso PS) 1300 opportunità circa; Area Ematologica: 900 opportunità circa;
Registrazione dei dati	SI	L'inserimento dei dati avviene direttamente su una piattaforma informatizzata mediante l'utilizzo di un Tablet
Elaborazione dei dati	SI	Elaborati report periodici e resi disponibili su piattaforma informatizzata per il controllo delle ICA
Definizioni delle eventuali azioni correttive	SI	Dai dati delle osservazioni e del consumo del gel alcolico, emerge una situazione in linea con gli indicatori e gli standard definiti nel piano locale. Il mantenimento degli standard è stato effettuato con attività di formazione sul campo e feedback con i professionisti
Attuazione delle azioni correttive	SI	Le attività per il mantenimento degli standard sono state effettuate dal personale del CC-ICA e della Direzione Sanitaria.



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 7 di 24

L'obiettivo della formazione è stato quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari e non sanitari all'interno del Policlinico Tor Vergata.

La formazione, per il biennio 2022 – 2023 è stata articolata su 3 livelli: Formatori, Osservatori e Operatori sanitari e non sanitari

Metodologia didattica: è stata utilizzata la una formazione sul campo in relazione agli specifici obiettivi da raggiungere e degli operatori ai quali è stata rivolta. La parte prevalente dell'attività formativa è stata svolta in modalità on the bed mediante l'utilizzo del box pedagogico

Il corso intitolato "La salute è nelle tue mani" è stato solto in 35 edizioni con acquisizione di 3 crediti ECM per singolo discente. Hanno partecipato in totale 236 operatori sanitari.

Tabella 2

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base dei bisogni formativi rilevati (% aderenza igiene delle mani)	SI	Dal bisogno formativo rilevato emerge una grado omogeneo del bisogno, pertanto il piano formativo a partire dalle aree mediche ed intensive ha previsto la realizzazione di 5 giornate consecutive per ogni modulo di degenza al fine di consentire la partecipazione del personale turnante.
Progettare e realizzare il programma di formazione	SI	Evento accreditato: la salute è nelle tue mani
Identificare i formatori – osservatori	SI	Nel PTV sono presenti operatori con caratteristiche idonee a ricoprire tali ruoli
Garantire a formatori ed osservatori il tempo da dedicare all'attività di formazione	SI	Il PTV ha valorizzato l'attività di formazione con diverse modalità di riconoscimento dell'impegno
Garantire la presenza di un tutor esperto per l'addestramento sul campo degli osservatori	SI	Nel Policlinico Tor Vergata sono presenti operatori con caratteristiche idonee a ricoprire tali ruoli
Definire un piano di azione per affrontare la eventuale scarsa partecipazione alla formazione	SI	Alto commitment da parte della direzione strategica
Definire un sistema per verificare le competenze e aggiornare la formazione di osservatori e formatori	SI	Sono stati realizzati degli incontri/ gruppi di miglioramento tra osservatori/formatori mediante esercitazione pratica guidata da osservatori esperti, con l'utilizzo della scheda OMS. Nel corso dell'anno 2022 il gruppo ha effettuato sistematicamente upgrading skills



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 8 di 24

Definire un sistema per verificare le competenze e aggiornare la formazione degli operatori	SI	Le competenze degli operatori sono costantemente verificate attraverso le osservazioni sul campo. L'aggiornamenti delle competenze avviene attraverso il feedback delle osservazioni, la formazione e il re training
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione	SI	Il materiale è stato costantemente aggiornato in relazione alle evidenze scientifiche, ai dati derivanti dalle osservazioni.

PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 9 di 24

Il Policlinico Tor Vergata, si caratterizza per la notevole variabilità della composizione delle équipe assistenziali dovuta alla presenza di studenti e medici in formazione specialistica provenienti da differenti realtà: formazione e monitoraggio dell'adesione alle buone pratiche assistenziali sono in continua attuazione. Le aree su cui intervenire e le caratteristiche delle persone da formare, sono in relazione all'andamento delle ICA e alle altre criticità clinico-organizzative nel loro divenire.

In ogni UO, per ogni periodo di osservazione, sono state effettuate un numero minimo di 400 opportunità, di cui almeno 200 per il personale infermieristico e le restanti 200 tra medici e personale afferente alle altre professioni sanitarie.

Tabella 3

SEZIONE C – VALUTAZIONE MONITORAGGIO E FEEDBACK		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback	SI	Le attività di feedback sono state svolte mediante incontri con i professionisti sanitari di ogni UO
Stabilire il calendario per l'avvio delle attività di valutazione e feedback	SI	Le attività di monitoraggio sono state precedute dalla stesura di un cronoprogramma
Diffondere il piano a tutta la Struttura	SI	Il piano annuale è stato condiviso dalla Direzione Sanitaria verso gli stakeholder aziendali
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie	SI	Per l'elaborazione dei dati delle osservazioni è stata utilizzata una piattaforma gestionale dei dati
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali	SI	I risultati sono stati comunicati ai dirigenti apicali mediante un report annuale
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori	SI	Ogni professionista impegnato nella formazione /osservazioni, ha svolto un numero appropriato di attività tale da mantenere il proprio indice di performance
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario	SI	I risultati sono stati comunicati ai responsabili delle UO osservate
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza	SI	La conformità all'igiene delle mani è stata identificata come indicatore nei diversi livelli di attività e responsabilità.
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA	SI	I tassi di ICA ed aderenza all'igiene delle mani sono stati riportati nella piattaforma gestionale accessibile dai professionisti secondo il livello di competenza



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 10 di 24

Tabella 4

SEZIONE D- COMUNICAZIONE PERMANENTE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.	SI	Per la formazione ed informazione all'utenza ed agli operatori sono state utilizzate le risorse provenienti dai competenti organismi istituzionali
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	SI	Per la formazione ed informazione all'utenza ed agli operatori sono state utilizzate le risorse provenienti dai competenti organismi istituzionali
Fornire e/o esporre il materiale informativo in tutti gli ambienti clinici	SI	Tutto il materiale informativo è stato distribuito ed affisso in tutte le UO/servizi
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti	SI	Tutto il materiale informativo è stato distribuito ed affisso in tutte le UO/servizi, nelle stanze di degenza e sale di attesa
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione.	SI	Tutto il materiale didattico è stato reso consultabile.
Esporre gli opuscoli in tutti gli ambienti clinici	SI	Tutto il materiale informativo è stato distribuito ed affisso in tutte le UO/servizi, nelle stanze di degenza e sale di attesa
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	SI	Sono state implementate campagne informative in occasione di eventi sostenuti da organismi regionali, nazionali e internazionali



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 11 di 24

Tabella 5

SEZIONE E- CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Proseguire con l'autovalutazione periodica e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti	SI	È stato regolarmente effettuato un programma di autovalutazione delle performance organizzative
Assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento	SI	Per le attività di promozione, sostegno e miglioramento dell'igiene delle mani, è assicurata la disponibilità di mezzi/tecnologie e tempi dedicati
Riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento	SI	Le attività sono svolte da professionisti riconosciuti sia dal vertice strategico, sia dagli operatori sanitari.
Identificare i contenuti dei materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori	SI	Per la formazione ed informazione all'utenza ed agli operatori sono state utilizzate le risorse provenienti dai competenti organismi istituzionali
Progettare e realizzare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori	SI	Per la formazione ed informazione all'utenza ed agli operatori sono state utilizzate le risorse provenienti dai competenti organismi istituzionali
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.	SI	Attività svolta dalla Direzione Sanitaria
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	SI	Gli obiettivi del 2022 sono in fase di implementazione e saranno chiusi nel 2023



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 12 di 24

5.0 RELAZIONE DELLE ATTIVITA' - PREVENTIVO 2023

SEZIONE A- REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

In aderenza a quanto stabilito nel Piano di Intervento Regionale, la disponibilità di postazioni di gel alcolico tali da consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani, è adeguata, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo

Risulta infatti che, i dispenser di gel alcolico sono situati:

- all'interno di ogni stanza di degenza in posizione tale da essere facilmente raggiunti dall'operatore sanitario nel corso delle attività assistenziali, dal paziente, quando autosufficiente, ogni qualvolta ne senta la necessità
- nella sala visita
- lungo i corridoi, 1 postazione ogni 2 stanze di degenza
- all'ingresso del reparto, adiacente al tastierino sblocca porta/citofono
- all'interno degli ambulatori dedicati all'assistenza agli utenti esterni
- nelle sale di attesa
- in tutti gli uffici amministrativi
- Nelle medicherie, locali di preparazione farmaci e carrelli adibiti all'attività assistenziale le confezioni di gel alcolico sono disponibili sui piani di lavoro

Per evitare contaminazioni, i contenitori sono monouso e non vengono mai rabboccati.

Sul flacone viene sempre indicata con un pennarello indelebile la data di apertura.

Le schede tecniche e di sicurezza dei prodotti in uso sono reperibili in intranet, nella sezione farmacia clinica.

Agli operatori del reparto di psichiatria e per tutti gli operatori che si spostano frequentemente nei vari servizi aziendali o in Pronto Soccorso, sono state fornite confezioni tascabili

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

PUNTEGGIO

85

AVANZATO

PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 13 di 24

SEZIONE A- INDICATORI DI STRUTTURA
MATRICE DI RESPONSABILITA'

Figure responsabili Attività	Farmacia	Coordinatore infermieristico	Comfort	Igiene Ospedaliera	Ufficio tecnico
Approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani	R	I	I	C	
Immagazzinamento e distribuzione del gel alcolico e sapone antisettico per l'igiene delle mani	R	C	I	C	
Immagazzinamento e distribuzione del sapone per lavaggio sociale delle mani	I	C	R	I	
Manutenzione dei dispenser del sapone	I	C	R	I	
Manutenzione dei lavandini		C	C	I	R
Approvvigionamento supporti a muro per dispenser gel alcolico	R	C	I	C	
Installazione supporti a muro gel alcolico	I	C	I	C	R
Monitoraggio supporti a muro gel alcolico	C	C	I	R	
Segnalazione di guasti o carenze nelle forniture	I	R	C	C	
Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura	R	C	I	I	

PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 14 di 24

SEZIONE A- ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	TIMING REALIZZAZIONE	MONITORAGGIO
Approvvigionamento gel alcolico e supporti a parete	Farmacia clinica	semestrale	Farmacia Clinica
Elaborazione report periodico consumo in lt/1000 giorni degenza	Igiene Ospedaliera	semestrale	Igiene Ospedaliera
Osservazione aderenza igiene mani	Igiene Ospedaliera	200 osservazioni per modulo di degenza	Direzione Sanitaria
Registrazione dei dati	Igiene Ospedaliera	Contestuale alla rilevazione	Direzione Sanitaria
Elaborazione dei dati	CC-ICA Direzione sanitaria	trimestrale	Direzione Sanitaria
Definizioni delle eventuali azioni correttive	Direzione Sanitaria CC-ICA	Semestrale	Direzione Sanitaria
Attuazione delle azioni correttive	Igiene Ospedaliera	annuale	Direzione Sanitaria



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 15 di 24

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'igiene delle mani degli operatori sanitari è considerata dall'OMS l'unica misura che, utilizzata singolarmente, è in grado di determinare una notevole riduzione dell'incidenza delle ICA.

L'obiettivo della formazione è quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari e non sanitari all'interno del Policlinico Tor Vergata. Affinché l'obiettivo possa essere raggiunto è necessario diffondere messaggi chiari, non aperti all'interpretazione personale: ciò consente di ottenere cambiamenti permanenti sia individuali che nella cultura organizzativa della qualità e della sicurezza delle cure, garantendo che le competenze siano radicate e conservate in tutto il personale, trasmesse a studenti, tirocinanti dei molteplici indirizzi di formazione nell'ambito delle lauree di area sanitaria, nonché del personale medico in formazione specialistica

La formazione, per il biennio 2022 – 2023 si articolerà su 3 livelli:

Formatori: sono le figure incaricate di formare, anche con sessioni pratiche, gli operatori sanitari. Nel Policlinico Tor Vergata sono già presenti operatori con caratteristiche idonee a ricoprire tale ruolo: sono professionisti afferenti alle diverse categorie professionali competenti e motivati oltre che sufficientemente autorevoli all'interno dei team. Svolgeranno corsi di *Upgrade Skills*. Per l'anno 2023 sono programmati interventi per l'individuazione e la formazione di nuovi formatori.

Il ruolo dei formatori sarà riconosciuto dalla struttura, definendo una quota oraria specifica da dedicare a queste attività.

Osservatori: la loro funzione è fondamentale per porre in atto un'adeguata attività di monitoraggio e di feedback, nei confronti dei propri operatori, e delle Direzioni (Generale, Sanitaria, Area professioni sanitarie e sociali). Il Policlinico dispone già di professionisti con caratteristiche adeguate allo svolgimento di attività sul campo, reportistica ed elaborazione dei dati osservati. Nel corso del biennio 2022 – 2023 saranno attivati corsi per il mantenimento delle competenze e l'aggiornamento continuo di tali professionisti. Per l'anno 2023 sono inoltre programmati interventi per l'individuazione e la formazione di nuovi osservatori.

Il ruolo degli osservatori sarà riconosciuto dalla Struttura definendo una quota oraria specifica da dedicare a queste attività.

Operatori sanitari e non sanitari: nel corso del biennio tutti gli operatori sanitari e non sanitari avranno partecipato almeno ad un corso di formazione sull'igiene delle mani. La struttura riconoscerà il valore professionale della formazione definendo una quota oraria specifica per singolo professionista, da dedicare a queste attività.

Metodologia didattica: si farà ricorso ad una metodologia di *formazione sul campo* che terrà conto degli specifici obiettivi da raggiungere e degli operatori ai quali sarà rivolta. La parte prevalente dell'attività formativa sarà svolta l'utilizzo del box pedagogico.



FSC LA SALUTE E' IN BUONE MANI			
Responsabile Scientifico:		Edizioni 2022	
Segreteria Organizzativa:			
Sede: Policlinico Tor Vergata – sala Briefing UO coinvolte			

4

Orario	Programma
14.15	Registrazione dei partecipanti – presentazione del corso
14.30	ICA – precauzioni standard e precauzioni aggiuntive – Epidemiologia
15.00	Igiene delle mani - Epidemiologia
15.30	Laboratorio con ausilio del BOX pedagogico – Igiene delle mani
16.30	Verifica dell'apprendimento
16.45	Chiusura corso

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
PUNTEGGIO	95	AVANZATO

SEZIONE B– INDICATORI DI STRUTTURA

FIGURE RESPONSABILI ATTIVITÀ	CC-ICA	DS – DI	IGIENE OSPEDALIERA
Individuazione dei bisogni formativi	I	R	C
Progettazione del piano formativo	I	R	C
Realizzazione del piano formativo	I	C	R
Verifica delle competenze di formatori ed osservatori	I	R	C
Aggiornamento di formatori ed osservatori	C	C	R

Legenda

DS: Direzione Sanitaria

DI: Area Funzionale delle Professioni Sanitarie e Sociali – UOC Direzione Infermieristica

Handwritten signature

PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 17 di 24

SEZIONE B- ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	TIMING REALIZZAZIONE	MONITORAGGIO
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base dei bisogni formativi rilevati	Direzione Sanitaria	biennale	Igiene Ospedaliera
Progettare il programma di formazione	Direzione Sanitaria	5 eventi al mese	Igiene Ospedaliera
Realizzare il programma di formazione	Igiene Ospedaliera	5 eventi al mese	Igiene Ospedaliera
Identificare i formatori – osservatori	Direzione Sanitaria	annuale	Igiene Ospedaliera
Garantire a formatori ed osservatori il tempo da dedicare all'attività di formazione	DS – DI	annuale	Igiene Ospedaliera
Garantire la presenza di un tutor esperto per l'addestramento sul campo degli osservatori	Direzione Sanitaria	annuale	Igiene Ospedaliera
Definire un piano di azione per affrontare la eventuale scarsa partecipazione alla formazione	DS – DI	annuale	Igiene Ospedaliera
Definire un sistema per verificare le competenze e aggiornare la formazione di osservatori e formatori	DS – DI	Annuale	Direzione Sanitaria
Definire un sistema per verificare le competenze e aggiornare la formazione degli operatori	DS – DI	annuale	Igiene Ospedaliera
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione	Igiene Ospedaliera	Annuale	Igiene Ospedaliera

PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 18 di 24

SEZIONE C – VALUTAZIONE MONITORAGGIO E FEEDBACK

Il monitoraggio continuo dell'implementazione della corretta igiene delle mani è un momento fondamentale della strategia multimodale dell'OMS per la prevenzione delle ICA. L'osservazione diretta rappresenta il gold standard per il monitoraggio dell'adesione a tale pratica.

Dai risultati del monitoraggio, si possono trarre informazioni utili per misurare l'efficacia dei cambiamenti indotti dall'implementazione degli interventi correttivi, oltre che per valutarne la percezione della sua importanza nella riduzione delle ICA e la conoscenza dei cinque momenti tra gli operatori sanitari.

Anche il feedback dei risultati del monitoraggio è un momento essenziale per la crescita della cultura della qualità e della sicurezza sia individuando le aree in cui sono necessari ulteriori sforzi, sia sostenendo la motivazione delle aree che hanno ottenuto risultati soddisfacenti.

Il Policlinico Tor Vergata dispone di personale idoneo a svolgere le attività di osservazione sul campo, monitoraggio e feedback della pratica dell'igiene delle mani.

Il Policlinico Tor Vergata, come tutti i Policlinici Universitari, si caratterizza per la notevole variabilità della composizione delle équipe assistenziali dovuta alla presenza di studenti e medici in formazione specialistica provenienti da differenti realtà. Pertanto formazione e monitoraggio dell'adesione alle buone pratiche assistenziali sono in continua attuazione. Le aree su cui intervenire e le caratteristiche delle persone da formare, sono in relazione all'andamento delle ICA e alle altre criticità clinico-organizzative nel loro divenire

L'osservazione diretta dei comportamenti si prefigge lo scopo di valutare il grado di rispetto dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari e non sanitari, di stimarne l'adesione, identificare le eventuali criticità e attuare le azioni di miglioramento.

In ogni UO, per ogni periodo di osservazione, saranno effettuate un numero minimo di 200 opportunità, di cui almeno 100 per il personale infermieristico e le restanti 100 tra personale medico, medico in formazione specialistica e altri professionisti sanitari. L'elaborazione dei dati per singola UO fornirà indicazioni sulla *compliance*, e quindi la necessità di proseguire l'osservazione o ritenerla sufficiente per definire azioni correttive o azioni di rinforzo laddove i comportamenti sono *best practice*.

Nel programma delle attività per il 2023 è previsto uno studio pilota per misurare, in aggiunta all'aderenza all'igiene delle mani rispetto ai 5 momenti, l'aderenza ai restanti criteri proposti dall'OMS: tempo e modalità di esecuzione.



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 19 di 24

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE C – VALUTAZIONE MONITORAGGIO E FEEDBACK		
PUNTEGGIO	77,5	AVANZATO

SEZIONE C– INDICATORI DI STRUTTURA

FIGURE RESPONSABILI	DS - DI	Igiene Ospedaliera	CC – ICA
ATTIVITÀ			
Definizione delle attività di monitoraggio della compliance	R	C	C
Individuazione dei formatori	R	C	C
Formazione degli osservatori	C	R	C
Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle osservazioni	C	R	C
Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei dati delle osservazioni	R	C	C
Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser	I	R	I
Fissare obiettivi annuali tassi attesi di compliance	R	C	C

SEZIONE C– INDICATORI DI PROCESSO

- COMPLIANCE = $\frac{\text{azioni di igiene delle mani eseguite}}{\text{Opportunità}}$
- Consumo di gel alcolico espresso in LT/1000 giorni degenza



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 20 di 24

SEZIONE C– ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	TIMING REALIZZAZIONE	MONITORAGGIO
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback	DS – DI	annuale	Igiene Ospedaliera
Stabilire il calendario per l'avvio delle attività di valutazione e feedback	Igiene Ospedaliera	annuale	Direzione Sanitaria
Diffondere il piano a tutta la Struttura	Direzione Generale	annuale	Igiene Ospedaliera
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie	Igiene Ospedaliera	annuale	Igiene Ospedaliera
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali	Direzione Generale	annuale	Direzione Sanitaria
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori	DS – DI	annuale	Igiene Ospedaliera
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario	DS – DI	annuale	Igiene Ospedaliera
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza	Direzione Sanitaria CC – ICA	annuale	Direzione Sanitaria
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA	Direzione Sanitaria	annuale	Direzione Sanitaria



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 21 di 24

SEZIONE D- COMUNICAZIONE PERMANENTE

I promemoria sul posto di lavoro sono strumenti importanti per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni e le procedure appropriate per la sua esecuzione. Sono anche mezzi per informare i pazienti e i visitatori dello standard di assistenza che dovrebbero aspettarsi.

All'interno del Policlinico Tor Vergata:

- ogni punto d'uso del gel alcolico all'interno della stanza di degenza è corredato di un poster che richiama i 5 momenti ed uno che richiama le modalità per la frizione alcolica
- ogni punto d'uso del gel alcolico lungo i corridoi, nelle sale di attesa e postazioni per lo svolgimento di prestazioni amministrative è corredato di un poster che richiama le modalità per la frizione alcolica
- ogni lavandino nelle aree di degenza è corredato di un poster che richiama le modalità per la il lavaggio sociale delle mani

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

PUNTEGGIO

65

INTERMEDIO

INDICATORI DI STRUTTURA: Presenza e facile reperibilità della procedura per l'igiene delle mani



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 22 di 24

SEZIONE D- ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	TIMING REALIZZAZIONE	MONITORAGGIO
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.	Direzione Generale	annuale	Igiene Ospedaliera
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	CC - ICA	annuale	Direzione Sanitaria
Fornire e/o esporre il materiale informativo in tutti gli ambienti clinici	UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione - URP	annuale	Direzione Sanitaria
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti	UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione - URP	semestrale	Igiene Ospedaliera
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione.	Igiene Ospedaliera	Ogni setting formativo	CC – ICA
Esporre gli opuscoli in tutti gli ambienti clinici	UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione - URP	semestrale	Direzione Sanitaria
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	Direzione Generale UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione - URP	annuale	Igiene Ospedaliera



PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 23 di 24

SEZIONE E- CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Per il successo nella prevenzione e nel controllo delle ICA è fondamentale un forte, continuo e visibile impegno da parte della direzione, la definizione di un numero adeguato di operatori con competenze multidisciplinari, particolarmente nella fase di monitoraggio.

Il commitment deve far leva anche su azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani. È opportuno che sia definita e comunicata a tutti gli operatori la policy sul tema delle ICA che chiarisca anche la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica sul tema.

Va rafforzato anche il ruolo del paziente e dei visitatori attraverso opportune iniziative per il loro empowerment.

La responsabilità della sicurezza del paziente è in capo alla Struttura sanitaria, ma pazienti attenti e informati sull'importanza dell'igiene delle mani possono rappresentare una barriera di sicurezza e uno stimolo per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
PUNTEGGIO	80	AVANZATO

INDICATORI DI STRUTTURA

- Presenza del CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo
- Adozione del PARS secondo le indicazioni regionali

INDICATORI DI PROCESSO

- Monitoraggio delle azioni previste nel PARS

PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI

Pagina 24 di 24

SEZIONE E- ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

ATTIVITA'	RESPONSABILE ATTIVITA'	TIMING REALIZZAZIONE	MONITORAGGIO
Proseguire con l'autovalutazione periodica e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti	DS – DI	annuale	DS – DI
Assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento	Direzione Generale	annuale	Direzione Sanitaria
Riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento	Direzione Generale	annuale	DS – DI
Identificare i contenuti dei materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori	DS CC – ICA	annuale	DS – DI
Progettare e realizzare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori	UOSD Accoglienza, tutela e partecipazione - URP	annuale	Direzione Generale
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.	Direzione Sanitaria	annuale	DS CC – ICA
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	Direzione Generale	annuale	Direzione Generale

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 1 di 54

INDICE

1.0	CONTESTO ORGANIZZATIVO	2
2.0	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI	8
3.0	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	12
4.0	RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE	13
5.0	RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PARS anno 2022	14
6.0	RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PAICA anno 2022 e Piano locale igiene delle mani PTV	17
7.0	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	22
8.0	OBIETTIVI E ATTIVITA'	23
8.1	OBIETTIVI	23
8.2	ATTIVITA'	24
9.0	OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	34
9.1	OBIETTIVI	34
9.2	ATTIVITA'	35
10.0	MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	51
11.0	BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	52



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 2 di 54

1.0 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Fondazione Policlinico Tor Vergata (di seguito PTV) è un Policlinico Universitario che sorge nel quadrante sud-est della città di Roma, nel territorio della Azienda RM2, in stretta vicinanza di importanti assi viari e di collegamento rappresentati dal GRA, dalla autostrada Roma - Napoli, dalla bretella A1, e dalle vie Casilina, Tuscolana, Anagnina e Appia. Nelle vicinanze del PTV è situato anche l'aeroporto internazionale di Ciampino. Nel territorio adiacente al PTV risiedono circa 850.000 abitanti. La struttura risulta essere riferimento per le funzioni di alta specialità per una popolazione di oltre 1.500.000 abitanti che include anche la provincia di Frosinone. Le linee di sviluppo del PTV debbono pertanto essere rivolte a definire una organizzazione in grado di assicurare un'offerta adeguata di prestazioni per soddisfare i bisogni sanitari del territorio di riferimento.

Al PTV sono stati riconosciuti, con DCA N.257/2017, n. 575 posti letto complessivi tra ordinari e Day hospital, che, peraltro, non appaiono sufficienti, nel quadrante di riferimento ove è collocato il PTV, per soddisfare il rapporto di 3,7 posti letto per mille abitanti previsti dallo standard nazionale. Nel territorio circostante il PTV, infatti, risiedono circa 850.000 abitanti e l'insieme dei posti letto presenti nelle altre strutture di ricovero non raggiunge i 1.500, con un rapporto pertanto inferiore a 2 posti letto per mille. Con DCA n.73/2010 il PTV, dotato di una elisuperficie autorizzata anche per il volo notturno, è stato a suo tempo riconosciuto quale DEA di I livello.

Nel quadro delle Rete Emergenza del Lazio, la riorganizzazione della rete ospedaliera è vista dalla Regione con il DCA 368/2014, ribadita con DCA U00412 del 2017, prospetta, comunque, il ruolo futuro del PTV come DEA di II livello di riferimento per l'asse sud-orientale della Regione, che comprende le ASL di Frosinone, RM2 (ex RM/B) e RM/6. Quanto sopra, anche in doverosa considerazione che con i DD.CC.AA. n. 74/2010 e n. 75/2010 sono state attribuite al PTV le funzioni di Hub per le alte specialità:

- ✓ ictus cerebrale: rete Ictus (con dotazione UTN di secondo livello);
- ✓ cardiologia e cardiocirurgia: rete emergenza cardiologica e cardiocirurgica (con dotazione di UTIC/servizio di emodinamica), in corso di attivazione come centro CEC (comprendendo anche l'elettrofisiologia ed elettrostimolazione) secondo il "Piano Di Rete Emergenza cardiologica";
- ✓ medicina trasfusionale;



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 3 di 54

- ✓ terapia del dolore.

Sono inoltre presenti nel “PTV” le funzioni di CTZ (Centro Trauma di Zona) per la rete:

- ✓ trauma grave;
- ✓ malattie infettive.

Il PTV riveste, inoltre, un ruolo di primo piano a livello regionale per il trapianto di organi e tessuti. Nell’area medica una importante area di eccellenza è rappresentata dalla UOC di Ematologia che effettua trapianti di cellule staminali e trapianti di midollo osseo. All’interno della rete Rome Transplant Network (RTN) il PTV si colloca quale struttura di riferimento per il trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche da donatore familiare e/o non correlato.

Dal 1 Gennaio 2022 il Centro delle Malattie Reumatologiche Rare è entrato nelle Reti Europee ERN (European Reference Networks for rare diseases) nello specifico ERN ReCONNET, e con Determina n G02070 Regione Lazio il Policlinico Tor Vergata è inserito come Centro di Riferimento Malattie Rare.

In seguito alla pandemia COVID -19, le strategie messe in campo dal PTV sono state attivate prontamente in seguito all’emergenza nazionale COVID-19. Già dal 28 febbraio 2020, il PTV ha, infatti, definito modifiche strutturali e di percorso per gestire e limitare la diffusione della pandemia da COVID-19.

Il PTV è stato identificato nelle fasi iniziali della pandemia, come centro di riferimento COVID 4 Hospital. Questa attribuzione ha permesso la riconversione tecnica, logistica, strutturale e clinico/assistenziale di tutta la struttura. La struttura ha comunque garantito e preservato i percorsi assistenziali di tutta la struttura. La struttura ha comunque garantito e preservato i percorsi assistenziali di pazienti fragili o con patologie di cui è centro di riferimento e di eccellenza, ed ha mantenuto attive reti tempo-dipendenti (emodinamica/UTIC e Stroke Unit). Successivamente con il ripristino delle attività nei mesi estivi, e lo stato di emergenza nei mesi autunnali/invernale, il PTV è stato impegnato a riattivare percorsi, attività, per fronteggiare la pandemia.

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 4 di 54

Di seguito i dati relativi alle attività del PTV riferite all'anno 2022.

Tabella n° 1

DATI MEDI SU POSTI LETTO IN USO NEL POLICLINICO TOR VERGATA^[1] 2022

POSTI LETTO ORDINARI	DIPARTIMENTO DEL BENESSERE DELLA SALUTE MENTALE E NEUROLOGICA, DENTALE E DEGLI ORGANI SENSORIALI	69
	DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	69
	DIPARTIMENTO DI ONCOEMATOLOGIA	38
	DIPARTIMENTO DEI PROCESSI ASSISTENZIALI INTEGRATI	6
	DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	95
	DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE	133
POSTI LETTO DIURNI		63
POSTI LETTO COVID		43
TOTALE POSTI LETTO		516

^[1] Dati forniti dalla U.O.C. Controllo direzionale (i dati sono aggiornati al 31/12/2022)

Tabella n° 2

DATI STRUTTURALI POLICLINICO TOR VERGATA^[2]

BLOCCHI OPERATORI		2
CENTRO TRAPIANTI		1
HUB	TERAPIA DEL DOLORE	1
	CARDIOCHIRURGIA	1
	CARDIOLOGIA	1
	MALATTIE RARE	1
	NEUROCHIRURGIA	1
	CANTRO TRASFUSIONALE (LAVORAZIONE SANGUE)	1
	RETE ICTUS	1
TERAPIE INTENSIVE		3
UTIC		1
UTN		1

^[2] Dati forniti dalla U.O.C. Controllo direzionale (i dati sono aggiornati al 31/12/2022)



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 5 di 54

Tabella n° 3

VOLUMI DI ATTIVITA' POLICLINICO TOR VERGATA* 2022

DATI	N°
RICOVERI ORDINARI	13.922
RICOVERI DIURNI	6.879
ACCESSI P.S. (GENERALE)	37.764
ACCESSI P.S. (ODONTOIATRICO)	1.813
PARTI	0

MACROAREE di ATTIVITA'	N° PRESTAZIONI
AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**	201.100
AREA MEDICINA DI LABORATORIO	1.261.282
AREA POLIAMBULATORIALE	409.430
TOTALE	1.871.812

*Dati in attesa del 13° mese

**Nella voce "Diagnostica per immagini" sono state inserite tutte le prestazioni comprese quelle di Medicina Nucleare e Radioterapia. Le prestazioni ambulatoriali si riferiscono alle prestazioni erogate a pazienti esterni.

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 6 di 54

1.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO RISCHIO INFETTIVO

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (di seguito ICA) sono infezioni che insorgono durante il ricovero in una struttura sanitaria, o, in alcuni casi, successivamente alla dimissione del paziente, e che non erano clinicamente manifeste né in incubazione al momento dell'ammissione nella struttura sanitaria. Sono pertanto infezioni riferibili, per tempo di incubazione, al ricovero.

Le ICA rappresentano un problema rilevante per tutte le strutture sanitarie, anche perché coinvolgono sia l'aspetto propriamente assistenziale, sia quello inerente la gestione economica dell'ospedale. Infatti, dai dati epidemiologici disponibili, risulta che in Italia il 5 – 8% dei pazienti ricoverati contrae una ICA e questa percentuale si traduce in circa 450.000 – 700.000 infezioni che corrispondono ad una stima di 4.500 – 7.500 decessi ogni anno.

Le ICA rappresentano una realtà con cui si devono necessariamente confrontare sia il personale sanitario con funzioni cliniche che le Direzioni Generali delle Aziende Ospedaliere, per l'impatto che tali patologie nosocomiali presentano sul paziente oltre che sugli operatori, e quindi non da ultimo sull'economia aziendale,

Un importante motivo di interesse nel controllo delle ICA è la loro parziale prevedibilità, in quanto seppure non è possibile pervenire alla completa eliminazione del fenomeno, è assolutamente possibile la riduzione della frequenza delle ICA.

Per ridurre le ICA è necessario non solo attivare strategie per la rimozione/riduzione dei fattori di rischio, ma anche organizzare in modo sistematico i flussi informativi e la reportistica inerente la diffusione delle ICA, gli isolamenti microbiologici, i consumi di antibiotici ed il rispetto delle Linee Guida e delle Procedure.

Gli effetti attesi da un rigoroso programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA sono positivi innanzitutto sotto il profilo etico e deontologico: una politica di riduzione delle ICA determina infatti un guadagno in salute dei cittadini e migliora la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati. Per quanto riguarda i benefici economici attesi da un efficace programma di controllo del fenomeno, essi sono essenzialmente legati a:

- ✓ riduzione del consumo di antibiotici;
- ✓ riduzione della durata della degenza;
- ✓ miglioramento della struttura in termini di immagine, e quindi, di mercato;
- ✓ riduzione del risarcimento del danno e/o del premio assicurativo.

Nel PTV si è dotato di una Commissione Tecnica per le infezioni Ospedaliere – CIO, sin dal 2002 con Deliberazione DG n. 530.

Nel 2012, a seguito di modifica ed aggiornamento della struttura organizzativa, è stata emanata una successiva Deliberazione, DG n 334.

Nell'anno 2022, a seguito di rimodulazioni organizzative, si è reso necessario aggiornare e modificare la DG 872 del 22 novembre 2017, con l'emanazione della nuova delibera DG 1263 del 29/11/2022.



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 7 di 54

L'attuale CC-ICA risulta costituito dal Presidente, Dirigente medico presso la Direzione Generale, Direttore UOC Direzione Medica, Direttore UOC Malattie Infettive, Direttore UOC Politiche del farmaco e dispositivi medici, Direttore UOC Direzione Infermieristica, Responsabile UOSD Medicina Legale, Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, UOSD Risk Management, Responsabile della Unit appropriatezza prescrittiva interna analisi di microbiologia, Coordinatore attività cliniche Direzione Sanitaria.

Nella delibera è stata inoltre prevista la possibilità di affiancare al CC-ICA membri esperti sulle tematiche da affrontare con funzione di consulenza. Il CC-ICA è in Staff alla Direzione Sanitaria.

In recepimento della Determina della Regione Lazio n. G01424 del 10 febbraio 2014, che prevedeva la nuova denominazione della Commissione Tecnica per le infezioni Ospedaliere, in "Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA), il PTV si è dotato di una struttura organizzativa coerente con il dettato della norma regionale, DG n. 872 del 22 novembre 2017.

In recepimento della:

- ✓ 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 sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025"
- ✓ Deliberazione della Regione Lazio del 21 dicembre 2021, n. 970 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 (pubblicato sul BURL n.121 del 28/12/2021) in particolare PP10 Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza;
- ✓ Indicazione del Centro Regionale di Rischio Clinico della Regione Lazio, sulla compilazione del PARS 2023 adottato con Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022;
- ✓ Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 "Adozione del Piano di intervento Regionale sull'Igiene delle mani";
- ✓ Determinazione Regione Lazio n° G16501 del 28/11/2022 "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".

Il PTV ha attivato un Programma Antimicrobica Stewardship, i cui obiettivi sono:

1. Obiettivi primari

- ✓ Migliorare le capacità di diagnosi
- ✓ Migliorare la capacità di cura
- ✓ Migliorare l'appropriatezza della terapia antibiotica
- ✓ Limitare la diffusione di resistenze
- ✓ Limitare gli eventi avversi legati a farmaci
- ✓ Ottimizzare i costi

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 8 di 54

2.0 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E RISARCIMENTI EROGATI

Il *Risk Management* del PTV ha provveduto ad implementare misure per la prevenzione, gestione e monitoraggio del rischio in sanità. Dispone di un sistema di *Incident Reporting* aziendale al quale pervengono le segnalazioni, anche in forma anonima, degli operatori sanitari.

Ai sensi dell'art 2, Comma 5 della legge 24/2017, sono di seguito elaborati i dati Rating ASL / SIMES inerenti gli eventi segnalati nell'anno 2022 (Tabella n° 4).

Nella tabella sono riportati i *near miss*, ovvero “*errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente*”, gli *eventi avversi* ovvero “*evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile*” e gli *eventi sentinella* ovvero “*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 [...]*”¹.

Il totale degli eventi inseriti nel sistema Rating Asl per l'anno 2022 sono 357, secondo classificazione della scheda rating ASL (Near Miss, lieve, moderato, severo, morte). Le segnalazioni inserite sono state accorpate seguendo la classificazione di cui nel dettaglio:

- ✓ Near Miss (quasi eventi) n° 177 corrispondente al 49,6% sul totale degli eventi.
- ✓ Evento avverso (evento lieve / moderato) n° 176 corrispondente al 49,3% sul totale degli eventi.
- ✓ Evento Sentinella (evento severo/morte) n°4 corrispondente al 1,1% sul totale degli eventi.

I principali fattori e cause contribuenti fanno riferimento agli eventi sottoposti ad analisi secondo la “*Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*” *Determinazione n°G12355 del 25 ottobre 2016.*

¹ Definizioni a cura del Glossario Ministero della Salute consultabile sul sito [http://: www.gov.it](http://www.gov.it)

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 9 di 54

Tabella n° 4

Tipo di evento	numero	Principali fattori causali / contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del Dato
Near Miss	177	Strutturali/ Tecnologici (16%) Organizzativi (6%) Procedure/ Comunicazione (70%) Non Applicabile per dinamica non chiara (8%)	Strutturali / Tecnologici (16%) Organizzativi (6%) Procedure/ Comunicazione (78%)	Incident Reporting (100%)
Evento Avverso	176			
Evento sentinella	4			
Totale	357			

EVENTI SEGNALATI NEL 2022 (AI SENSI DELL'ART. 2, COMMA 5 DELLA L. 24/2017)

Per quanto riguarda l'evento caduta accidentale del paziente in ospedale, esso risulta l'evento avverso con la più alta frequenza di accadimento e di segnalazione. Si riporta nel dettaglio la frequenza delle segnalazioni inserite nel Rating ASL per l'anno 2022 e la relativa classificazione come riportato sul portale regionale (tabella n°5).

Tabella n° 5.

DETTAGLIO DELL'EVENTO CADUTA ACCIDENTALE 2022

Evento	Gravità	Frequenza
Cadute	Morte	1
	Severo	1
	Moderato	9
	Lieve	164
	Nessuno	175
Totale		350

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 10 di 54

Tabella n°6

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

2018	19 1 sx anno 2010 2 ssxx anno 2012 3 ssxx anno 2013 7 ssxx anno 2014 1 sx anno 2015 4 ssxx anno 2016 1 sx anno 2017	€ 3.503.060,49 (di cui € 2.059.964,49 a carico del PTV)
2019	20 1 sx anno 2006 2 sx anno 2009 1 sx anno 2010 3 ssxx anno 2012 4 ssxx anno 2013 3 ssxx anno 2015 5 ssxx anno 2016 1 sx anno 2017	€ 5.176.721,70 (di cui € 2.368.857,09 a carico del PTV)
2020	17 1 sx anno 2007 1 sx anno 2010 1 sx anno 2011 2 ssxx anno 2013 3 ssxx anno 2014 4 ssxx anno 2015 3 ssxx anno 2016 2 sxx anno 2017	€ 2.445.537,31 (di cui € 1.538.845,47 a carico del PTV)
2021	27 1 sx anno 2006 1 sx anno 2007 2 ssxx anno 2010 2 ssxx anno 2011 1 sx anno 2012 3 ssxx anno 2013 2 ssxx anno 2014 1 sx anno 2015 4 ssxx anno 2016 3 ssxx anno 2017 5 ssxx anno 2018 1 sx anno 2019 1 sx anno 2020	€ 2.262.882,94 (di cui € 1.020.000,00 a carico del PTV)
2022	18 1 sx anno 2010 3 ssxx anno 2013 2 ssxx anno 2014 1 sx anno 2015	€ 4.389.983,20 (di cui € 1.816.837,14 a carico del PTV)



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 11 di 54

	3 ssxx anno 2016 4 ssxx anno 2017 2 ssxx anno 2018 1 sx anno 2019 1 sx anno 2021	
--	--	--

Nella Tabella n° 6 vengono riportati solo i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.).

Si precisa che PTV ha avuto in essere, nel corso degli anni, le seguenti coperture assicurative per il rischio RCT professionale che prevedevano le sotto indicate franchigie/SIR, come indicato anche nella successiva tabella 7:

- ✓ 01/01/2012-30/06/2012 "Le Assicurazioni Generali SpA" con franchigia di € 10.000,00;
- ✓ 01/07/2012-31/12/2013 "AM TRUST Europe Limited" con S.I.R. di € 180.000,00;
- ✓ 01/01/2014-30/04/2016 "AM TRUST Europe Limited" con S.I.R. di € 250.000,00;
- ✓ 01/05/2016 - 31/10/2018 "SHAM – Societe Hospitaliere D'Assurances Mutuelles" con S.I.R. di € 220.000,00;
- ✓ 01/11/2018 – 31/10/2020 e successiva proroga semestrale (nelle more gara) sino al 30/04/2021 "SHAM – Societe Hospitaliere D'Assurances Mutuelles" con S.I.R. di € 170.000,00;
- ✓ 01/05/2021 – 30/04/2023 "SHAM – Societe Hospitaliere D'Assurances Mutuelles" con S.I.R. di € 160.000,00;



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 12 di 54

3.0 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA ²

Tabella n°7

DESCRIZIONE DEI DATI IN RIFERIMENTO ALLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO ANNUO	SIR	BROKERAGGIO
2015	RCT/O	AM TRUST EUROPE LIMITED	€ 3.728.995,09	€ 250.000,00	MARSH
2016 (fino al 30.04.2016)	RCT/O	AM TRUST EUROPE LIMITED	€ 1.242.998,36	€ 250.000,00	MARSH (fino al 15 febbraio 2016)
2016 (da 1.05.2016)	RCT/O	SHAM	€ 3.005.333,33	€ 220.000,00	No broker
2017	RCT/O	SHAM	€ 4.508.000,00	€ 220.000,00	No broker
2018 (fino al 31.10.2018)	RCT/O	SHAM	€ 3.604.753,24	€ 220.000,00	No broker
2018	RCT/O	SHAM	€ 749.188,75	€ 170.000,00	No broker
2019	RCT/O	SHAM	€ 4.495.132,50	€ 170.000,00	No broker
2020	RCT/O	SHAM	€ 4.495.132,50	€ 170.000,00	No broker
2021	RCT/O	SHAM	€ 4.486.575,00	€ 160.000,00	No broker

² Dati forniti dagli Affari Generali (dati aggiornati al 31/12/2022)



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 13 di 54

4.0 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

Nel corso del 2021 il Centro Regionale di Rischio Clinico (CRRC) ha emanato la Determinazione del 25 gennaio 2022, n. G00643 con l'adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)". Tale documento, confermato anche per il 2023, con nota REGIONE LAZIO REGISTRO UFFICIALE.U.0124752.02-02-2023, indirizza le strutture sanitarie all'elaborazione del PARS, seguendo le indicazioni del 2021 (allegato A).

Ai sensi del documento di indirizzo, di seguito viene riportato il resoconto delle attività del PARS riferite all'anno 2022 (tabelle n° 8 e 9). All'interno del resoconto del PARS saranno visionabili e attività del Risk management che hanno previsto:

- ✓ La revisione delle procedure emanate prima del 2018
- ✓ L'implementazione dei documenti regionali adottati in materia di gestione del rischio clinico
- ✓ Le attività svolte nell'anno 2022 secondo gli obiettivi strategici indicati sul modello PARS

Nel corso del 2022 il CC-ICA ha proseguito con le attività a supporto della struttura per il contenimento della diffusione delle ICA, compreso il Sars-CoV2. Parte delle attività previste non sono state sviluppate a causa delle misure di contenimento della diffusione del Sars-CoV2 che ha sospeso tutte le attività non essenziali.

Il resoconto delle attività previste per l'anno 2022 è indicato nella successiva tabella n° 8.



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 14 di 54

5.0 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PARS anno 2022

Tabella n°8

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività 1:	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione corso sulla Responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie e l'impatto sul percorso clinico assistenziale.	SI	Indicatore: Esecuzione di due eventi formativi entro il 31/12/2022. Nel 2022 è stato erogato n° 2 corsi in data 22 Giugno e 04 Ottobre. Corso pubblicato su intranet aziendale.
Attività 2:	Realizzata	Stato attuazione
Progettazione ed esecuzione corso sul consenso informato	SI	Indicatore: Esecuzione di almeno due eventi formativi entro il 31/12/2022. Nel 2022 sono stati erogati n° 3 corsi ECM in data 10 Giugno, 6 Luglio e 27 settembre. Corsi pubblicati su intranet aziendale.

La formazione ha risentito della limitazione all'erogazione frontale dei corsi per garantire le norme sulla sicurezza.

PAR

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 15 di 54

OBIETTIVO B)		
MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
Attività' 1:	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione corso sulle cadute accidentali del paziente in ospedale relativo a dati dei report interni su frequenza dell'evento e errori di compilazione modulistica.	SI	Indicatore: Esecuzione di almeno due eventi formativi entro il 31/12/2022. Nel 2022 sono stati erogati n° 2 corsi ECM in data 21 Settembre e 21 Ottobre 2022. Corsi pubblicati su intranet aziendale.
Attività' 2:	Realizzato	Stato di attuazione
Studio osservazionale appropriatezza clinico/assistenziale in degenza/servizi	SI	Indicatore: esecuzione di audit interni ISO all'interno delle UU/OO – Servizi entro 31/12/2022 Eseguiti n 16 Audit ISO entro 31 Dic 2022
Attività' 3:	Realizzato	Stato di attuazione
Osservazione su cartelle cliniche tramite Check list per appropriatezza ed aderenza ai requisiti documentali (es. consenso informato, checklist sala operatoria ecc)	SI	Indicatore: valutate 290 cartelle cliniche; raggiunto incremento aderenza documentale del 10% entro il 31/12/2022
Attività' 4:	Realizzato	Stato di attuazione
Analisi dei rischi percorso del Blocco Operatorio con applicazione di metodologia proattiva e successivi monitoraggi.	SI	Indicatore: effettuate n 2 rilevazioni nel blocco operatorio entro il 31/12/2022.



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 16 di 54

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività 1	Realizzato	Stato di attuazione
Coinvolgimento negli AUDIT della Medicina Legale, Servizio Prevenzione Protezione (SPP).	SI	Indicatore: Revisione della procedura di audit di Risk Management entro il 31/12/2022 Revisionata in data 29/12/22
Attività 2	Realizzato	Stato di attuazione
Condivisione delle criticità riscontrate rilevate con la Check list (Obiettivo B, attività 3) in sede di CVS.	SI	Indicatore: presenza dei verbali CVS/RM riportanti i dati del report entro 31/12/2022. Effettuata: verbale CVS del 06/09/22



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 17 di 54

6.0 *RESOCONTO DELLE ATTIVITA' PAICA anno 2022 e Piano locale igiene delle mani PTV*

Nel corso del 2022 il CC-ICA ha proseguito con le attività a supporto della struttura per il contenimento della diffusione delle ICA, compreso il SARS-CoV – 2. Il resoconto delle attività previste per l'anno 2022 è indicato nella successiva tabella 8. Inoltre, nella tabella è presente il resoconto delle attività del “piano locale sull'igiene delle mani” piano di implementazione su indicazione della Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 “Adozione del Piano di intervento Regionale sull'Igiene delle mani”;

Tabella 9.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività 1:	Realizzata	Stato di attuazione
Organizzazione di attività di informazione e formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.	SI	<p>Nel corso del 2022 sono state effettuate n 35. edizioni accreditate ECM rivolte a Medici, tutte le professioni sanitarie e OSS.</p> <p>Nel programma del corso “<i>La salute è nelle tue mani</i>” sono inseriti argomenti inerenti igiene delle mani, il piano locale sull'igiene delle mani, antibiotico resistenza e ICA.</p> <p>Diffusione di report trimestrali sul consumo di antibiotici distinti per molecola e espressi in DDD/100 giorni degenza</p>
Attività 2:	Realizzata	Stato attuazione
Organizzazione di attività di informazione e formazione degli operatori mirate al monitoraggio e prevenzione delle ICA.	SI	<p>Diffusione di procedure/protocolli/istruzioni operative relative all'attuazione Precauzioni di isolamento, attraverso il sito Intranet aziendale.</p> <p>Nel corso del 2022 sono state effettuate n 35. edizioni accreditate ECM rivolte a Medici, tutte le professioni sanitarie e OSS.</p> <p>Nel programma del corso “<i>La salute è nelle tue mani</i>” sono inseriti argomenti inerenti igiene delle mani, il piano locale sull'igiene delle mani, antibiotico resistenza e ICA.</p>
Attività 3	Realizzata	Stato attuazione



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 18 di 54

<p>Campagna informativa in occasione della giornata mondiale del lavaggio delle mani. (Resoconto del Piano locale igiene delle mani – in aderenza Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 “Adozione del Piano di intervento Regionale sull’Igiene delle mani”).</p>	<p>SI</p>	<p>Realizzate e diffuse locandine relative all’igiene delle mani con frizione alcolica Campagna di promozione dell’igiene delle mani rivolta ai visitatori con esercitazione pratica Distribuzione di confezioni tascabili di gel alcolico ai visitatori</p>
<p>Attività 4</p>	<p>Realizzata</p>	<p>Stato attuazione</p>
<p>Realizzazione di una indagine di prevalenza delle CAUTI</p>	<p>SI</p>	<p>Nel corso del 2022 è stata realizzato uno studio di prevalenza/auditing sul Cateterismo Vescicale per valutare appropriatezza dell’uso del CV in linea con la letteratura scientifica e la procedura del PTV e fattori di rischio delle Infezioni del tratto Urinario. Nel 2022 il PTV ha partecipato allo studio multicentrico europeo di prevalenza sulle ICA (ECDC, Protocollo PPS3). Tale studio ha permesso di valutare la prevalenza delle ICA nel PTV con la stratificazione per tipologia di infezione (ISC, VAP ecc)</p>



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 19 di 54

<p>OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.</p>		
Attività 1:	Realizzata	Stato di attuazione
<p>Progettazione ed esecuzione del corso “La salute è nelle tue mani”.</p> <p>(Resoconto del Piano locale igiene delle mani – in aderenza Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 “Adozione del Piano di intervento Regionale sull’Igiene delle mani”).</p>	SI	<p>Nel corso del 2022 sono state effettuate n 35. edizioni accreditate ECM rivolte a Medici, tutte le professioni sanitarie e OSS.</p> <p>Nel programma del corso “<i>La salute è nelle tue mani</i>” sono inseriti argomenti inerenti igiene delle mani, il piano locale sull’igiene delle mani, antibiotico resistenza e ICA</p>
Attività 2:	Realizzata	Stato di attuazione
<p>Monitoraggio adesione alla pratica dell’igiene delle mani.</p> <p>(Resoconto del Piano locale igiene delle mani – in aderenza Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 “Adozione del Piano di intervento Regionale sull’Igiene delle mani”).</p>	SI	<p>È stato programmato e realizzato il cronoprogramma per il monitoraggio sull’aderenza alla pratica dell’igiene delle mani. Sono state effettuate in totale divise per aree dipartimentali:</p> <p>Area Medica (Malattie Infettive, PDTA – PAC/Ambulatoriale; Medicina: 900 opportunità circa;</p> <p>Area Chirurgica: 1250 opportunità osservate circa;</p> <p>Area Emergenza (Terapie intensive – TIPO; TICCH, TIDEA) 1300 opportunità osservate circa;</p> <p>Area Ematologica (Ematologia, Trapianti cellule staminali): 900 opportunità osservate circa;</p>
Attività 3:	Realizzato	Stato di attuazione
<p>Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani in litri/1000giornate di</p>	SI	<p>Consumati nel 2022 circa 12980 litri, pari a 96.50 lt/1000 giorni degenza. Dato in leggera flessione rispetto al 2021.</p>

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 20 di 54

degenza ordinaria per UO. (Resoconto del Piano locale igiene delle mani – in aderenza Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 “Adozione del Piano di intervento Regionale sull’Igiene delle mani”).		Tale riduzione si giustifica con la diminuzione dei pazienti Covid positivi
Attività 4:	Realizzato	Stato di attuazione
Monitoraggio delle competenze del gruppo degli osservatori. (Resoconto del Piano locale igiene delle mani – in aderenza Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 “Adozione del Piano di intervento Regionale sull’Igiene delle mani”).	SI	Formazione di “nuovi osservatori” con la modalità formazione sul campo. Raggiungimento degli obiettivi di performance inerente le osservazioni da parte del gruppo degli osservatori del PTV, valutato dal numero di osservazioni eseguito rispetto al numero di quelle programmate; l’indicatore di performance stabilito era pari all’80%: ogni osservatore ha superato la soglia
Attività 5:	Realizzato	Stato di attuazione
Aggiornamento di formatori ed osservatori (Resoconto del Piano locale igiene delle mani – in aderenza Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 “Adozione del Piano di intervento Regionale sull’Igiene delle mani”).	SI	Sono stati realizzati degli incontri/ gruppi di miglioramento tra osservatori/formatori mediante esercitazione pratica guidata da osservatori esperti, con l’utilizzo della scheda OMS. Tali incontri sono stati formalizzati tramite verbali di riunione.



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 21 di 54

<p>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);</p>		
Attività 1:	Realizzata	Stato di attuazione
Identificazione di un team per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA	SI	Nuova delibera DG 1263 del 29/11/2022 – CC –ICA.
Attività 2:	Realizzata	Stato di attuazione
Consolidamento del modello di sorveglianza attiva (Tampone rettale) delle colonizzazioni/infezioni da CPE	SI	Effettuata sorveglianza nelle UO ad elevata complessità assistenziale tramite piattaforma informatizzata. Elaborazione e trasmissione di report trimestrale dei TR-CRE e TP-AB suddivisi per UO
Attività 3:	Realizzata	Stato di attuazione
Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione Ceftazidime-Avibactam	SI	Raccolta delle schede di segnalazione malattie infettive e diffusive con Data base. Invio della segnalazione al SERESMI e SISP.
Attività 4:	Realizzata	Stato di attuazione
Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle infezioni sottoposte a notifica obbligatoria	SI	Raccolta delle schede di segnalazione malattie infettive e diffusive con Data base. Invio della segnalazione al SERESMI e SISP.
Attività 5:	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio del consumo degli antibiotici espresso in DDD/100 giorni degenza		Report annuale a cura della Farmacia Clinica



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 22 di 54

7.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO/ PRESIDENTE CCICA	RISK MANAGEMENT	RESPONSABILE UO AFFARI LEGALI/GENER ALI	DIRETTORE GENERALE	DIRETTORE SANITARIO	DIRETTORE AMMINISTRATI VO	STRUTTURE DI SUPPORTO
Redazione PARS (eccetto: tabella 6 e 7 del punto 2; punti 3 e 9)	C	R	C	C	C	C	-
Redazione tabella 6 e 7 del punto 2; e il 3	C	C	R	I	C	C	-
Redazione punto 9	R	C	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto punto 9)	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio punto 9	R	C	I	I	C	I	C

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



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA

Pagina 23 di 54

8.0 OBIETTIVI E ATTIVITA'

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24/2017 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, a distanza di oltre sei anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, il Centro Regionale di Rischio Clinico ha ritenuto opportuno di unificare il contenuto di PARM e PAICA in un unico Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS).

Le attività previste dal PARS concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza delle cure, sostenibilità finanziaria e quindi il perseguimento degli obiettivi attribuiti dalla Regione Lazio al Direttore Generale.

8.1 OBIETTIVI

Sono stati considerati gli obiettivi strategici e la strutturazione del documento per quanto riguarda i dati e le informazioni sulle attività, secondo il "*Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)*" del CRRC con relativo Allegato A.

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

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

1002

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 24 di 54

8.2 ATTIVITA'

OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 1) Progettazione ed esecuzione corso sulla "Gestione del Rischio clinico e Raccomandazioni Ministeriali"		
INDICATORE: : Esecuzione di almeno cinque eventi formativi entro il 31/12/2023		
STANDARD: Si		
FONTE: Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Centro ECM
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 25 di 54

OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 2) Progettazione ed esecuzione corso sul Documento di indirizzo regionale per la prevenzione ed il controllo delle ICA		
INDICATORE: : Esecuzione di almeno tre eventi formativi entro il 31/12/2023		
STANDARD: Si		
FONTE: Risk Management/DS		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager/DS	Centro ECM
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 26 di 54

OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITA' 3) Mantenimento della Certificazione Aziendale UNI EN ISO 9001:2015		
INDICATORE: : esito positivo verifica di mantenimento (da effettuare entro il 31/12/23)		
STANDARD: Si		
FONTE: Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager/RSGQ	Ente terzo
Organizzazione verifica di mantenimento Ente terzo	R	C
Esecuzione della verifica	C	R
Elaborazione delle azioni di miglioramento con invio ad Ente terzo	R	C

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



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 27 di 54

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

ATTIVITA'1) – Progettazione ed esecuzione corso sulla "Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita" con report interni su frequenza dell'evento ed errori di compilazione modulistica (una edizione dedicata ai Facilitatori)

INDICATORE: Esecuzione di almeno otto eventi formativi entro il 31/12/2023

STANDARD: Si

FONTE: Risk Management/DI

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager/DI	Centro ECM
Progettazione corso	R	C
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 28 di 54

<p>OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI/AVVERSI</p>		
<p>ATTIVITA'2) Proseguimento studio osservazionale appropriatezza clinico/assistenziale in degenza/servizi</p>		
<p>INDICATORE: esecuzione di audit interni ISO all'interno delle UU/OO – Servizi entro 31/12/2023</p>		
<p>STANDARD: almeno 15 UU.OO/servizi</p>		
<p>FONTE: Risk Management</p>		
<p>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</p>		
Azione	Risk Manager	UU/OO – Servizi
Progettazione studio osservazionale	R	C
Erogazione visita	R	C
Monitoraggio erogazione	R	I

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



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 29 di 54

<p>OBIETTIVO B. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI/AVVERSI</p>		
<p>ATTIVITA'3) Osservazione su cartelle cliniche tramite Check list per appropriatezza ed aderenza ai requisiti documentali (es. consenso informato, checklist sala operatoria ecc)</p>		
<p>INDICATORE: incremento aderenza documentale di almeno il 10% entro il 31/12/2023.</p>		
<p>STANDARD: 100 cartelle annuali</p>		
<p>FONTE: Risk Management</p>		
<p>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</p>		
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	C
Esecuzione	R	C
Monitoraggio	R	C

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



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 30 di 54

<p>OBIETTIVO B. MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI/AVVERSI</p>		
<p>ATTIVITA'4) Analisi dei rischi applicata al percorso del Blocco Operatorio ed al Pronto Soccorso con applicazione di metodologia proattiva e successivi monitoraggi.</p>		
<p>INDICATORE: rilevazioni nel blocco operatorio e pronto soccorso entro il 31/12/2023</p>		
<p>STANDARD: si</p>		
<p>FONTE: Risk Management</p>		
<p>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</p>		
Azione	Risk Manager	Blocco Operatorio/Pronto Soccorso
Progettazione	R	C
Esecuzione	R	C
Monitoraggio	R	C

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



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 31 di 54

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

ATTIVITA' 1) Coinvolgimento negli AUDIT del Servizio Prevenzione Protezione (SPP) e condivisione delle attività in materia di stress lavoro/correlato ed aggressioni a danno di operatori.

INDICATORE: Numero di audit di Risk management in cui è presente la componente del SPP/numero di audit in cui è convocato il SPP entro il 31/12/2023

STANDARD: > 10% di audit con coinvolgimento dell'SPP rispetto al totale degli audit

FONTE: Risk management

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	SPP
Convocazione audit	R	C
Partecipazione SPP audit	C	R
Definizione e condivisione azioni di miglioramento	R	C

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



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 32 di 54

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

ATTIVITA' 2) Condivisione delle criticità rilevate con Check list (Obiettivo B, attività 3) in sede di Comitato Valutazione Sinistri.

INDICATORE: presenza dei verbali CVS/RM riportanti i dati del report entro 31/12/2023

STANDARD: report semestrale

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	CVS
Report criticità	R	C
Condivisione report	R	C
Emissione verbali	C	R

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



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 33 di 54

OBIETTIVO C. FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.		
ATTIVITA' 3) Progettazione ed erogazione di corso "Consenso informato e Responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".		
INDICATORE: Erogazione di almeno sei eventi entro 31/12/2023		
STANDARD: si		
FONTE: Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Centro ECM
Progettazione corso	R	I
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 34 di 54

9.0 *OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO*

9.1 *OBIETTIVI*

Seguendo le Indicazioni del Centro Regionale di Rischio Clinico della Regione Lazio, sulla compilazione del PARS 2023 adottato con Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022; i tre obiettivi definiti a livello regionale sono:

- a. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio Infettivo;
- b. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- c. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di Carbapenemasi (CPE);



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 35 di 54

9.2 ATTIVITA'

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITA'1) Adesione del personale sanitario all'uso della scheda informatizzata di appropriatezza prescrittiva informatizzata per la richiesta di antibiotico terapia (Documento di Indirizzo Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle ICA – e Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 - Programma PP10 – PP10A3 attività formazione sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA)		
INDICATORE: Report applicativo gestionale		
STANDARD: 80% delle richieste		
FONTE: CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CC – ICA – Direzione Sanitaria – Farmacia Clinica	UO Malattie Infettive
Progettazione attività	R	C
Elaborazione report	R	C
Valutazione e feedback dei dati	C	R

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



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 36 di 54

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

ATTIVITA'2) Corso di formazione: NEL MONDO DELL'INVISIBILE: le emozioni ed il vissuto del professionista sanitario nella prevenzione delle ICA (Documento di Indirizzo Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle ICA – e Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 - Programma PP10 – PP10A3 attività formazione sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA)

INDICATORE: Esecuzione di almeno un evento formativo entro il 31/12/2023

STANDARD: Si

FONTE: CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC – ICA DS	Centro ECM
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Erogazione del corso	R	I



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 37 di 54

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

ATTIVITA'3) Corso di formazione: sistemi di segnalazione della malattia infettiva trasmissibile: la notifica in collaborazione con SISP e SERESMI (Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 - Programma PP10 – PL11A5 attività Integrazione dei Sistemi di sorveglianza)

INDICATORE: Erogazione di almeno un evento formativo entro il 31/12/2023

STANDARD: Si

FONTE: CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC - ICA DS	Centro ECM
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Erogazione del corso	R	I



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 38 di 54

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITA'4) Realizzazione di un corso sul Cateterismo vescicale per la prevenzione e gestione delle Infezioni del Tratto Urinario e catetere Correlate (UTI e CAUTI) dal titolo: Cateterismo Vescicale tra mito e scienza: corso teorico-pratico (Documento di Indirizzo Regionale per la Prevenzione e il Controllo delle ICA – e Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025 - Programma PP10 – PP10A3 attività formazione sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA)		
INDICATORE: Erogazione di almeno un evento formativo entro il 31/12/2023		
STANDARD: Si		
FONTE: CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CC -ICA DS	Centro ECM
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Erogazione del corso	R	I



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 39 di 54

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

ATTIVITA'1) Progettazione ed esecuzione del corso "La salute è nelle tue mani"
(Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 "Adozione del Piano di intervento Regionale sull'Igiene delle mani" e Piano Locale Igiene delle mani PTV)

INDICATORE: Esecuzione di almeno un evento formativo entro il 31/12/2023

STANDARD: SI

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	Centro ECM
	DS	
Progettazione del corso	R	I
Accreditamento del corso	C	R
Erogazione del corso	R	C



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 40 di 54

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

ATTIVITA'2) Monitoraggio adesione alla pratica dell'igiene delle mani - osservazioni

(Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 "Adozione del Piano di intervento Regionale sull'Igiene delle mani" e Piano Locale Igiene delle mani PTV)

INDICATORE: 200 opportunità ogni UO coinvolta

STANDARD: SI

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria
Progettazione piano di monitoraggio	R	C
Conduzione delle osservazioni sul campo	R	C
Realizzazione report finale	C	R



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 41 di 54

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

ATTIVITA' 3) Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani in litri/1000giornate di degenza ordinaria per UO
(Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 "Adozione del Piano di intervento Regionale sull'Igiene delle mani" e Piano Locale Igiene delle mani PTV)

INDICATORE: Elaborazione del report annuale

STANDARD: SI

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Farmacia	UU.OO. coinvolte
Progettazione attività	R	C	C	C
Analisi dei dati	I	I	R	I
Elaborazione report	R	C	I	I
Valutazione e feedback del report	C	R	C	C



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 42 di 54

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

ATTIVITA' 4) Monitoraggio delle competenze del gruppo degli osservatori (Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 "Adozione del Piano di intervento Regionale sull'Igiene delle mani" e Piano Locale Igiene delle mani PTV)

INDICATORE: Realizzazione di almeno 80% delle osservazione sul numero delle osservazioni programmate

STANDARD: SI

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria
Progettazione attività	C	R
Elaborazione report	R	C
Valutazione e feedback dei dati	C	R

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 43 di 54

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

ATTIVITA'5) Progetto di Ricerca formazione: studio osservazionale aderenza alle Buone Pratiche nell'igiene delle Mani – e formazione di nuovi osservatori (Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 “Adozione del Piano di intervento Regionale sull'Igiene delle mani” e Piano Locale Igiene delle mani PTV)

INDICATORE: Esecuzione di almeno un evento formativo e realizzazione del progetto di ricerca entro il 31/12/2023

STANDARD: SI

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	Centro ECM
	DI	
Progettazione del corso	R	I
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 44 di 54

<p>OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI;</p>		
<p>ATTIVITA'6) Campagna informativa in occasione della giornata mondiale del lavaggio delle mani. (Determinazione Regione Lazio n° G02044 del 26/02/2021 "Adozione del Piano di intervento Regionale sull'Igiene delle mani" e Piano Locale Igiene delle mani PTV)</p>		
<p>INDICATORE: Realizzazione campagna</p>		
<p>STANDARD: Si</p>		
<p>FONTE: CCICA</p>		
<p>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</p>		
<p>Azione</p>	<p>CC - ICA DS</p>	<p>Ufficio Accoglienza, tutela e partecipazione - URP</p>
<p>Progettazione della campagna</p>	<p>R</p>	<p>C</p>
<p>Realizzazione della campagna</p>	<p>C</p>	<p>R</p>



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
 2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);

ATTIVITA'1) Monitoraggio dell'aderenza delle precauzioni di isolamento MDRO all'interno dei setting clinico/assistenziali tramite le Schede di sorveglianza (Aderenza al Piano Regionale Prevenzione Programma PP10 attività -PP10A6 Sorveglianza e Controllo delle ICA)

INDICATORE: Compilazione delle Schede di sorveglianza sull'aderenza alle precauzioni di isolamento

STANDARD: SI

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA DS	UU.OO
Progettazione attività di monitoraggio	R	I
Analisi dei dati	R	I
Elaborazione report	R	I
Valutazione e feedback del report	R	I

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 46 di 54

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);

ATTIVITA'2) Consolidamento del modello di sorveglianza attiva (Tampone rettale) delle colonizzazioni/infezioni da CPE. (Aderenza al Piano Regionale Prevenzione Programma PP10 attività -PP10A6 Sorveglianza e Controllo delle ICA e PP10A7 Implementazione e consolidamento di programmi di Antimicrobial Stewardship)

INDICATORE: esecuzione della sorveglianza nelle UO ad elevata complessità assistenziale

STANDARD: SI

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria /laboratorio analisi/infettivologo	UU.OO interessate
Attuazione della sorveglianza	C	R	C
Monitoraggio sorveglianza	R	C	I



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 47 di 54

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);

ATTIVITA'3) Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione Cefotazidime-Avibactam comprese le Infezioni della ferita chirurgica. (Aderenza al Piano Regionale Prevenzione Programma PP10 attività -PP10A6 Sorveglianza e Controllo delle ICA e PL11A5 Integrazione dei sistemi di sorveglianza)

INDICATORE: raccolta, analisi e comunicazione dati tramite utilizzo della microbiologia e la piattaforma informatica.

STANDARD: SI

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Laboratorio di Microbiologia	UU.OO coinvolte
Raccolta dati	C	C	R	I
Invio dati	C	R	I	I
Elaborazione report annuale	R	C	C	I



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 48 di 54

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);

ATTIVITA'4) Raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle infezioni sottoposte a notifica obbligatoria (Aderenza al Piano Regionale Prevenzione Programma PP10 attività -PP10A6 Sorveglianza e Controllo delle ICA e PL11A5 Integrazione dei sistemi di sorveglianza).

INDICATORE: raccolta, analisi e comunicazione dati

STANDARD: SI

FONTE: CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Laboratorio di Microbiologia	UU.OO coinvolte
Raccolta dati	C	C	R	I
Invio dati	C	R	I	I
Elaborazione report annuale	R	C	C	I



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 49 di 54

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);				
ATTIVITA'5) monitoraggio del consumo degli antibiotici espresso in DDD/100 giorni degenza (Aderenza al Piano Regionale Prevenzione Programma PP10 attività -PP10A6 Sorveglianza e Controllo delle ICA e PL11A5 Integrazione dei sistemi di sorveglianza).				
INDICATORE: Report annuale				
STANDARD: SI				
FONTE: CC-ICA				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Farmacia	UU.OO coinvolte
Progettazione attività	C	C	R	I
Analisi dei dati	R	C	C	I
Elaborazione report annuale	R	C	C	I

Pol

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 50 di 54

<p>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE);</p>		
<p>ATTIVITA'6) monitoraggio dell'igiene ambientale con metodica di Bioluminescenza (Aderenza al Piano Regionale Prevenzione Programma PP10 attività -PP10A6 Sorveglianza e Controllo delle ICA e PL11A5 Integrazione dei sistemi di sorveglianza).</p>		
<p>INDICATORE: Report annuale</p>		
<p>STANDARD: SI</p>		
<p>FONTE: CC-ICA</p>		
<p>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</p>		
Azione	CC-ICA Direzione Sanitaria	UU.OO coinvolte
Progettazione attività	R	C
Analisi dei dati	R	I
Elaborazione report annuale	R	I



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 51 di 54

10.0 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il PARS sarà diffuso tramite:

- Pubblicazione sul portale aziendale nella sezione Intranet
- Pubblicazione sul portale aziendale Internet - Sezione Amministrazione Trasparente, link sulla *home page*.
- Invio a mezzo mail ai Direttori di Dipartimento e ai Referenti dei Servizi.
- Inserito all'interno del *Cloud* Regionale

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 52 di 54

11.0 *BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI*

- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Determinazione Regionale n. G04112 depn01/04/2014 recante “Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)".
- Determina 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”.
- Determina Regionale n° G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”.
- Determina Regionale n°G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L.24/2017.
- Determina Regionale n°G01226 del 02 febbraio 2018 recante “Documento di revisione delle LL.GG. per l’elaborazione del Piano annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017.
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”.
- 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”.

Handwritten signature

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 53 di 54

- 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.
- Ministero della Salute: “Risk Management 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 “Safe Surgery Save Live”
- Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio
- Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23/02/2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”.
- Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale salute e Politiche Sociali – Area programmazione della Rete ospedaliera e Risk management recante “Adempimenti LEA 2017”
- 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.



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2023 POLICLINICO TOR VERGATA ROMA**

Pagina 54 di 54

- Regione Lazio - Decreto del Commissario ad Acta 30 gennaio 2018, n°U00029 “Approvazione dell'Atto Aziendale della Fondazione Policlinico Tor Vergata” (BURL- N. 10 - Supplemento n. 1 del 01/02/2018).
- Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria – Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00643 con l’adozione del “*Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)*”.



**DIREZIONE AMMINISTRATIVA
UOC AFFARI GENERALI**

PUBBLICAZIONE

Si dichiara che in data 27-02-2023 la deliberazione n. 250 del 27-02-2023 in formato *pdf* conforme all'originale agli atti d'ufficio, è pubblicata all'Albo Pretorio *on line* sul sito *web* istituzionale del PTV www.ptvonline.it ai sensi dell'art. 31 L.R. Lazio 45/1996, come previsto dall'art. 32 L. 69/2009 e dall'art. 12 L.R. Lazio 1/2011, per rimanervi affissa 15 giorni consecutivi. E' resa inoltre disponibile, tramite canale telematico, al Collegio dei Revisori dei conti.

DIRETTORE UOC AFFARI GENERALI
(DR. FRANCESCO COSI)

Visto, l'incaricato della pubblicazione



DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ ALL'ORIGINALE

La presente deliberazione si compone di n. ____ pagine e di n. ____ allegati ed è conforme all'originale conservato agli atti dell'Ufficio.

Roma, _____

DIRETTORE UOC AFFARI GENERALI
(DR. FRANCESCO COSI)