

# PIANO ANNUALE GESTIONE RISCHIO SANITARIO

*ANNO 2024*

<b><i>Responsabile Rischio Clinico</i></b> Dott.ssa Fausta Micheletta  Roma, 31/01/2024	<b><i>Medico Responsabile HOSPICE</i></b> Dott. Domenico Manzo  Roma, 06/02/2024  <b><i>Direttore Sanitario Casa di Cura</i></b> Dott. Diego Caputo  Roma, 06/02/2024	<b><i>Direzione Aziendale</i></b> Dott. Andrea Paganini  Roma, 12/02/2024
--	---	--

## 1. PREMESSA

Il **Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario** (PARS) rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare iniziative per la definizione, identificazione e gestione del rischio clinico e del rischio infettivo all'interno della CASA DI CURA – HOSPICE SAN LUCA.

L'Hospice San Luca è impegnato a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente attraverso la definizione di attività specifiche definite nel PARS e le attività di implementazione, monitoraggio e rendicontazione delle stesse. Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistematica fatta di valutazione dei principali processi, di analisi proattiva e reattiva del rischio sanitario ed infettivo, di promozione ed implementazione di linee guida e buone pratiche, che si realizza anche attraverso l'elaborazione di procedure e istruzioni operative interne, di attività informativa e formativa sia del personale sanitario e non-sanitario che del paziente e dei *caregivers*.

Alle attività che si definiscono all'interno del PARS partecipano tutti gli esercenti le professioni sanitarie attivi nella struttura attraverso il coinvolgimento delle diverse Unità Operative e Servizi e delle aree funzionali trasversali alle stesse con l'intento di rendere il PARS parte integrante della vita quotidiana e comune denominatore culturale delle attività cliniche assistenziali erogate all'interno della struttura ed in abito domiciliare. In questa visione, va sottolineato che la presenza della funzione del Responsabile del rischio clinico e del Medico Responsabile non solleva dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali nelle loro specifiche competenze bensì coordinano ed armonizzano l'intero sistema di governo del rischio clinico ed infettivo. Ogni soggetto aziendale, infatti, svolge un ruolo determinante e di amplificazione nel diffondere con successo la visione e la cultura della sicurezza all'interno dell'HOSPICE SAN LUCA.

Il PARS 2024 è stato redatto sulla base della Determinazione N. G00643 del 25 gennaio 2021 Adozione del "documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" Regione Lazio Direzione Salute ed Integrazione sociosanitaria – Centro Regionale Rischio Clinico. Fa parte del PARS, come allegato allo stesso, il Piano di azione annuale per l'implementazione dell'igiene delle mani 2024.

### 1.1 A. CONTESTO ORGANIZZATIVO

HOSPICE SAN LUCA 2023	
<b>POSTI LETTO RESIDENZIALI: 18</b>	RICOVERI: 155
	GIORNATE DEGENZA: 6329
<b>POSTI LETTO DOMICILIARI: 72</b>	RICOVERI: 335
	GIORNATE DEGENZA: 24138
<b>CASA DI CURA SAN LUCA ALTRI SERVIZI ACCREDITATI</b>	
Diagnostica per immagini (Radiologia)	Ambulatorio Cardiologia (ECG/visita cardiologica)

L'HOSPICE San Luca è un'Unità Operativa di Cure Palliative comprendente un'Unità Operativa residenziale (due moduli) di complessivi n. 18 posti letto e un Servizio di assistenza domiciliare (due moduli) con complessivi n. 72 pazienti in regime di assistenza domiciliare.

Sono inoltre presenti i seguenti servizi accreditati con il SSR:

- diagnostica per immagini (radiologia convenzionale)
- ambulatorio di cardiologia

L'attività poliambulatoriale è autorizzata per le seguenti specialità in regime privato: Medicina, chirurgia, oculistica, dermatologia, ortopedia, otorino, ambulatorio di diagnostica cardiologica, ambulatorio di diagnostica per immagini.

## 1.1 B. REPORT EVENTI AVVERSI

ANNO	SINISTRI	EVENTI AVVERSI		EVENTI SENTINELLA
		N°	N°/1000 gd*	
2019	0	26	1,6	0
2020	0	12	0,74	0
2021	0	7	0,34	0
2022	1	25	0,9	0
2023	0	26	0,85	0

**LEGENDA TABELLA:** **Near Miss** o evento evitato: Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente. **Evento Avverso:** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile". **Evento Sentinella:** Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

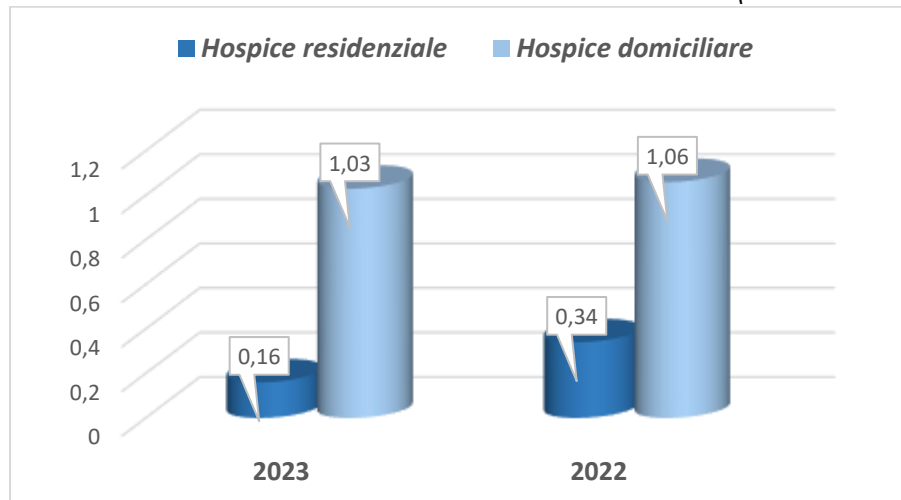
\*Numero di eventi per 1000 giornate di degenza complessive (hospice residenziale + servizio domiciliare)

TABELLA 1: SINTESI EVENTI AVVERSI 2023		
TIPOLOGIA EVENTO	CADUTA	26 (100%)
UO coinvolta	Hospice Residenziale	1 (3,9%)
	Hospice Domiciliare	25 (96,1%)
CLASSIFICAZIONE EVENTO	Near Miss	2 (7,7%)
	Evento Avverso	26 (92,3%)
	Evento Sentinella	0
ESITO EVENTO	Nessuno	10 (39%)
	Lieve	11 (42%)
	Moderato	4 (15%)
	Severo	1 (4%)
	Non determinabile	0
FONTE SEGNALEZIONE	<i>Incident reporting</i>	25 (96,1%)
	Segnalazione EA da caregivers	1 (3,9%)

Nel corso del 2023, sono stati segnalati/emersi complessivamente 26 eventi avversi, rispetto ai 25 eventi del 2022. Il 100% degli eventi segnalati si riferiscono ad eventi caduta, 25 eventi si riferiscono a cadute avvenute nell'ambito dell'assistenza domiciliare ed 1 evento ad una caduta avvenuta nell'Hospice residenziale.

Gli eventi caduta espressi come eventi per 1000 giornate di degenza/assistenza sono stati:

- Hospice residenziale: 0,16 cadute per 1000 giornate di degenza
- Hospice domiciliare: 1,03 cadute per 1000 giornate di assistenza domiciliare

**GRAFICO. EVENTI CADUTA PER 1000 GIORNATE DI DEGENZA (2023 VS 2022)**


Nella tabella sottostante è riportata una sintesi relativa ai principali fattori causali e contribuenti emersi dagli specifici audit di gestione rischio clinico effettuati nel corso del 2023 in relazione ad eventi ritenuti significativi per i quali è stato definito e condiviso con l'equipe sanitaria delle UO e servizi uno specifico piano di miglioramento.

TIPOLOGIA EVENTO	N (%)	Principali fattori causali e/o contribuenti	Fonte del Dato
<b>Near Miss</b>	2 (7,7%)	Strutturali e Tecnologici	NA
		Organizzativi/procedurali	NA
		Fattore umano	NA
		Comunicazione/Handover	NA
<b>Eventi Avversi</b>	24 (92,3%)	Strutturali e Tecnologici	0%
		Organizzativi/procedurali	25%
		Comunicazione/Handover	25%
		Fattore umano	50%
<b>Eventi Sentinella</b>	0	NA	NA

## 1.2 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

La CASA DI CURA - HOSPICE SAN LUCA opera in regime di autoritenzione del rischio.

## 1.3 RESOCONTO ATTIVITÀ PARS 2023

La sintesi delle attività definite nel PARS 2023 ed il loro stato di implementazione sono riportati nella tabella sottostante organizzata in base agli specifici obiettivi individuati in riferimento al rischio clinico e al rischio infettivo.

Il report relativo alle attività definite nel Piano d'azione igiene mani 2023 è riportato nel dettaglio all'interno del Piano d'azione 2024 allegato al PARS.

## SINTESI ATTIVITA' PARS 2023

ATTIVITÀ	REALIZZATA	NOTE E RIFERIMENTI DOCUMENTALI
<p><b>ATTIVITA' 1:</b> ORGANIZZARE ED EFFETTUARE ALMENO DUE CORSI DI FORMAZIONE RELATIVI ALLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO E RISCHIO INFETTIVO.</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> Effettuazione di due corsi con coinvolgimento complessivo di almeno il 50% del personale sanitario (entro il 31/12/2023)</p>	<p>OK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corso base "Rischio clinico e Sicurezza delle Cure" (Edizione per neoassunti/nuovi collaboratori – 2 ore);</li> <li>○ Corso "Rischio clinico avanzato per facilitatori" 2023 con crediti formativi 8,1 ECM (III edizione – 6 ore);</li> <li>○ Corso "Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita" (3 edizioni nel corso del 2023 – 2 ore);</li> <li>○ Corso "Posizionamento e gestione degli accessi venosi centrali - PICC e midline" (2 edizioni con crediti formativi 11,3 ECM);</li> <li>○ Corso su "Lesioni da pressione: indicazione e gestione medicazioni avanzate" (1 edizione - 2 ore);</li> <li>○ Corso "Comunicazione in hospice nel team sanitario e con il paziente e caregivers" (2 edizioni- 2 ore);</li> <li>○ Corso "Igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza per osservatori" con formazione su scheda osservazione informatizzata. (III edizione – 2 ore);</li> <li>○ Corso "Igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza per operatori sanitari" (Edizione per neoassunti/nuovi collaboratori – 2 ore).             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corso "Rischio Legionella nelle strutture sanitarie" per Coordinatori UO e referenti di Area e Servizi (1 edizione – 2 ore).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' 2:</b> IMPLEMENTAZIONE DEL SAFETY WALKAROUND e SONDAGGIO "QUALITA' &amp; RISCHIO CLINICO" COME STRUMENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> Implementazione piano di miglioramento <i>Safety Walkaround</i> 2022 (standard &gt; 70%)</p> <p><b>INDICATORE 2:</b> Effettuazione di almeno un SAFETY WALKAROUND / "SONDAGGIO QUALITA' &amp; RISCHIO CLINICO" nel 2023 rispettivamente in Hospice Residenziale e</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Effettuato monitoraggio implementazione attività definite nel piano di miglioramento 2022.</li> <li>○ Effettuato SWA 2023 presso Hospice Residenziale ed elaborato report con specifico piano di miglioramento (Report SWA rev. 00 del 27/10/2023). Discusso in Coordinamento e condiviso con equipe.</li> <li>○ Effettuato Sondaggio telefonico Quality&amp;Safety nel setting domiciliare con domande predefinite su specifici aspetti riguardanti la Qualità e la Sicurezza delle cure. Elaborato specifico report discusso in Coordinamento e condiviso con equipe multidisciplinare (Report Sondaggio Qualità e</li> </ul>

<p>Servizio Domiciliare con elaborazione report con specifici piani di miglioramento (standard 1/1 entro 31/12/2023)</p>		<p>Rischio Clinico Hospice Domiciliare, rev. 00 del 17/10/2023).</p>
<p><b>ATTIVITA' 3:</b> CONTROLLO CARTELLE CLINICHE CON INDICATORI PREDEFINITI ANCHE RELATIVI ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE APPLICABILI NEL CONTESTO HOSPICE.</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> effettuazione controllo periodico delle cartelle cliniche (almeno il 50% complessivamente)</p> <p><b>INDICATORE 2:</b> stesura report (1 per ogni controllo effettuato) per condivisione e discussione in equipe multidisciplinare</p>	<p>OK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Effettuato monitoraggio e analisi semestrale delle cartelle cliniche con checklist di indicatori predefiniti ed elaborato report semestrale condiviso e discusso con equipe (Report analisi cartelle I semestre REV. 00 DEL 25/07/2023 + Report analisi cartelle II semestre REV.00 DEL 16/01/2024)</li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' 4:</b> IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E GESTIONE LESIONI DA PRESSIONE</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> monitoraggio delle LDP con elaborazione di report semestrale condiviso con equipe sanitaria.</p>	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Effettuato monitoraggio delle lesioni da pressione (LDP) e loro gestione nel corso dell'anno ed elaborato report semestrale con sintesi dei dati di prevalenza, stadiazione, sede e caratteristiche dei pazienti nonché degli indicatori di processo relativi alla gestione delle lesioni (Report LDP I semestre REV 01 del 19/07/2023 e Report LDP II semestre REV 01 DEL 12/01/2024)</li> </ul>
<p><b>ATTIVITÀ 5:</b> IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO E ANALISI CONSUMO ANTIMICROBICI</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> Monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici (Standard 1/1 entro il 15/02/2023)</p> <p><b>INDICATORE 2:</b> Diffusione e discussione del report con equipe multidisciplinare e definizione piano di miglioramento (Standard 1/1 entro il 15/03/2023)</p>	<p>OK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Effettuato monitoraggio consumo antimicrobici e prodotti alcolici per igiene mani da parte dei Coordinatori dell'Hospice nel corso del 2023 con sistematica raccolta dati.</li> <li>○ Effettuata analisi dati del monitoraggio ed elaborato specifico report su consumo antimicrobici 2023 con analisi comparativa periodo 2020-2022, discusso e approvato in ambito di Coordinamento e condiviso con l'equipe multidisciplinare (REPORT CONSUMO ANTIMICROBICI 2023 – rev. 00 del 15/01/2024).</li> </ul>
<p><b>ATTIVITÀ 6:</b> ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE PIANO DI AZIONE 2022</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> implementazione delle attività e raggiungimento specifici obiettivi definiti nel piano di azione 2023 (allegato al presente documento) - standard &gt; 70% attività definite nel piano entro il 31/12/2023.</p>	<p>OK</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vedi specifica rendicontazione attività nel Piano d'azione Igiene mani 2024 (allegato al PARS).</li> </ul>

<p><b>ATTIVITA' 7:</b> IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE ICA CORRELATE A CATETERISMO VESCICALE</p> <p><b>INDICATORE 1:</b> Monitoraggio e analisi dei casi di ICA correlati a cateterismo vescicale con studio di prevalenza ed elaborazione report da condividere e discutere con equipe multidisciplinare</p>	SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Effettuato monitoraggio infezioni urinarie associate a cateterismo vescicale con supporto del laboratorio analisi per raccolta dati urinocolture. Elaborato aspecifico report con sintesi e analisi dei dati (Rev. 00 del 26/01/2024 condiviso con equipe).</li> </ul>
--	----	---

## 2 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

AZIONE	MEDICO RESPONSABILE HOSPICE	COORDINATRICI HOSPICE	RISK MANAGER	DIREZIONE AZIENDALE
REDAZIONE PARS	R	C	R	I
ADOZIONE PARS	I	I	I	R
MONITORAGGIO PARS	R	C	C	I

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

## 3. OBIETTIVI E ATTIVITA' PARS 2024

### 3.1 OBIETTIVI

Gli obiettivi generali dell'HOSPICE SAN LUCA – CASA DI CURA SAN LUCA in ambito di gestione del rischio clinico e rischio infettivo sono, in accordo agli obiettivi strategici definiti a livello regionale, i seguenti:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- C. 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.
- D. Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

### 3.2 ATTIVITÀ 2024

In linea con la *mission* aziendale e in conformità con le indicazioni del documento di indirizzo regionale per il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario, nonché con gli obiettivi del PNCAR 2022-2025 ed i requisiti di accreditamento previsti dal DCA 469/2017, nel presente documento vengono definite le attività finalizzate al contenimento degli eventi avversi nonché al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate, e le modalità operative e cronoprogramma previsti per la loro implementazione.

#### **OBIETTIVO A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure**

**ATTIVITA' 1:** Programmare ed effettuare almeno due corsi di formazione relativi alla gestione del rischio clinico e rischio infettivo.

**INDICATORE 1:** Effettuazione di due corsi con coinvolgimento complessivo di almeno il 40% del personale sanitario (entro il 31/12/2024)

<b>STANDARD 2/2</b>			
<b>Fonte:</b> DIREZIONE AZIENDALE E AREA FORMAZIONE			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>			
	RISK MANAGER	AREA FORMAZIONE	DIREZIONE AZIENDALE
Progettazione e proposta dei corsi	R	R	C
Organizzazione dei corsi	C	R	R

<b>OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa</b>				
<b>ATTIVITA' 2:</b> IMPLEMENTAZIONE DEL SAFETY WALKAROUND e SONDAGGIO "QUALITA'&RISCHIO CLINICO" COME STRUMENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E SICUREZZA DELLE CURE				
<b>INDICATORE 1:</b> Implementazione piano di miglioramento <i>Safety Walkaround</i> 2023 (standard >70%)				
<b>INDICATORE 2:</b> Effettuazione di almeno un <i>SAFETY WALKAROUND</i> / SONDAGGIO "QUALITA'&RISCHIO CLINICO" nel 2024 rispettivamente in Hospice Residenziale e Servizio Domiciliare con elaborazione report con specifici piani di miglioramento (standard 1/1 entro 31/12/2024)				
<b>STANDARD 2/2</b>				
<b>Fonte:</b> DIREZIONE AZIENDALE, MEDICO RESPONSABILE E RISK MANAGER				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
	Coordinatrici Hospice	Medico Responsabile	Risk Manager	Direzione aziendale
Progettazione ed effettuazione SWA e Sondaggio <i>Quality&amp;Safety</i>	R	C	R	I
Report SWA e Sondaggio <i>Quality&amp;Safety</i> con definizione piano miglioramento	R	C	R	I
Condivisione e discussione in equipe per implementazione attività definite nel piano di miglioramento	R	R	C	C

<b>OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa</b>				
<b>ATTIVITA' 3:</b> ANALISI CARTELLE CLINICHE CON INDICATORI PREDEFINITI ANCHE RELATIVI ALL'IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE e I DOCUMENTI DI INDIRIZZO REGIONALI APPLICABILI NEL CONTESTO HOSPICE.				
<b>INDICATORE 1:</b> EFFETTUAZIONE ANALISI PERIODICO DELLE CARTELLE CLINICHE (almeno il 50% complessivamente)				
<b>INDICATORE 2:</b> STESURA REPORT (1 PER OGNI CONTROLLO EFFETTUATO) PER CONDIVISIONE E DISCUSSIONE IN EQUIPE MULTIDISCIPLINARE				
<b>STANDARD 2/2</b>				
<b>Fonte:</b> COORDINATRICI e MEDICO RESPONSABILE HOSPICE E RISK MANAGER				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
	Coordinatrici Hospice	Medico Responsabile	Risk Manager	Direzione aziendale
Effettuazione controllo	R	R	C	I
Stesura report	C	C	R	I
Diffusione e discussione in equipe	R	R	C	C

<b>OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa</b>				
<b>ATTIVITA' 4:</b> IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE E GESTIONE LESIONI DA PRESSIONE (LDP)				
<b>INDICATORE 6:</b> MONITORAGGIO DELLE LDP CON ELABORAZIONE DI REPORT SEMESTRALE CONDIVISO CON EQUIPE SANITARIA				



<b>STANDARD 1/1</b>				
<b>Fonte: COORDINATRICI HOSPICE E RISK MANAGER</b>				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
	Responsabile Medico	Coordinatrici Hospice	Risk Manager	Direzione aziendale
MONITORAGGIO LDP	C	R	I	I
ELABORAZIONE REPORT	C	R	R	I
Condivisione e discussione report con equipe multidisciplinare	R	R	C	I

<b>OBIETTIVO B: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo</b>				
<b>ATTIVITA' 5: IMPLEMENTAZIONE MONITORAGGIO PRESCRIZIONE E CONSUMO ANTIMICROBICI</b>				
<b>INDICATORE 1: MONITORAGGIO PRESCRIZIONI E CONSUMI ANTIMICROBICI</b>				
<b>INDICATORE 2: STESURA REPORT ANNUALE PER CONDIVISIONE E DISCUSSIONE IN EQUIPE MULTIDISCIPLINARE</b>				
<b>STANDARD 2/2</b>				
<b>Fonte: COORDINATRICE E MEDICO RESPONSABILE HOSPICE, FARMACIA E RISK MANAGER</b>				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
	Coordinatrici Hospice	Medico Responsabile	Risk Manager	Farmacia
Monitoraggio e raccolta dati	R	R	I	C
Analisi dati ed elaborazione report	C	C	R	C
Diffusione e discussione in equipe	R	R	I	I

<b>OBIETTIVO C: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI</b>				
<b>ATTIVITA' 6: ELABORAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE PIANO DI AZIONE IGIENE MANI 2024</b>				
<b>INDICATORE 1: IMPLEMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' E RAGGIUNGIMENTO SPECIFICI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI AZIONE 2024 (ALLEGATO AL PRESENTE DOCUMENTO)</b>				
<b>STANDARD</b> realizzazione >80% attività definite nel piano entro il 31/12/2024				
<b>Fonte: MEDICO RESPONSABILE HOSPICE E DIREZIONE AZIENDALE</b>				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
	Coordinatrici Hospice	Medico Responsabile	Risk Manager	Direzione aziendale
Elaborazione Piano d'azione 2024	C	R	C	I
Implementazione e Monitoraggio attività	C	R	C	I

<b>OBIETTIVO D: PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).</b>				
<b>ATTIVITA' 7: IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' DI PREVENZIONE ICA CORRELATE A CATETERISMO VESCICALE</b>				
<b>INDICATORE 2:</b> Monitoraggio e analisi dei casi di ICA correlati a cateterismo vescicale con studio di prevalenza ed elaborazione report da condividere e discutere con equipe multidisciplinare				

<b>STANDARD 2/2</b>				
<b>Fonte: MEDICO RESPONSABILE E COORDINATRICE HOSPICE e LABORATORIO ANALISI</b>				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>				
	Responsabile Medico	Coordinatrici infermieristiche	Risk Manager	Laboratorio
Monitoraggio corretta applicazione procedura interna GESTIONE CATETERE VESCICALE (CV)	C	R	I	I
Raccolta dati	C	R	I	C
Monitoraggio ICA associate a CV con studio prevalenza	R	R	I	C

#### 4. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Per il raggiungimento degli obiettivi strategici enunciati nel PARS 2024 e la realizzazione delle specifiche attività il Medico Responsabile HOSPICE e la Direzione Sanitaria ed Aziendale, con la collaborazione del Risk Manager, si impegnano ad assicurare:

- Presentazione del PARS al personale ritenuto strategico nella diffusione e realizzazione dello stesso;
- Disponibilità del PARS in formato PDF sui supporti informatici aziendali (cartelle condivise delle UO e Servizi);
- Condivisione della PARS tramite le email aziendali delle UO e Servizi ai professionisti delle equipe attivi nella Casa di Cura – Hospice San Luca;
- Pubblicazione del PARS sul sito internet della struttura.

#### 5. ALLEGATI

- **PIANO D'AZIONE IGIENE DELLE MANI 2024**

#### 6. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Documento di Indirizzo Per L'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione Del Rischio Sanitario. REGIONE LAZIO-CRRC. Determinazione G00643 del 25/01/2022.
- "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)". Prima emissione 25 novembre 2022. REGIONE LAZIO-CRRC. Determinazione G16501 del 28/11/2022.
- Documento indirizzo sulla Prevenzione e Gestione delle Caduta della persona assistita. CRRC – Regione Lazio. 26 ottobre 2022.
- Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella. Regione Lazio – CRRC. Determinazione G09850 del 20/07/2021.
- Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani. CRRC 19 febbraio 2021;
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico Resistenza: **PNCAR 2017-2021 e PNCAR 2022-2025**;
- "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" Revisione 2021. Centro Regionale Rischio Clinico.
- Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025;
- Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025;
- Circolare Ministero delle Salute del 6/12/2019 con aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE).
- Ministero della Salute. Circolare 0035086-03/12/2019. *Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai carbapenemi (CRE) - 26 settembre 2019.*
- *Documento di indirizzo per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione (LDP).* CRRC – Regione Lazio *Prima emissione 20 Aprile 2018.*
- Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico".

- Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".
- Deliberazione 2018 GR0357\_ Istituzione Osservatorio Sicurezza Operatori 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".
- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)"
- Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 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)
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. B1";
- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- GLOSSARIO del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza);
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "SaveSurgery Save Live";
- Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770;
- Reason J. *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press 1990.
- **Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:**  
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:QDQQUSO5JPMJ:www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fid%3D250%26area%3Dqualita%26menu%3Dsicurezza&cd=1&hl=it&ct=clnk&gl=it)
- **Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella** luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
- AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety indicators;  
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
- Vincent C, Amalberti R. *Safer Healthcare, strategy for the real world*. Springer Open  
(<https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-25559-0>).

## PIANO D'AZIONE IGIENE MANI

Nell'ambito delle attività previsto dal Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani 2021 e dalle indicazioni della Regione Lazio relative alla elaborazione del PARS, in questo documento vengono riportate le attività svolte nel 2023 e definite le principali attività con i relativi obiettivi per il 2024 in riferimento al miglioramento della buona pratica dell'igiene delle mani come strumento di prevenzione delle ICA all'interno della CASA DI CURA HOSPICE SAN LUCA.

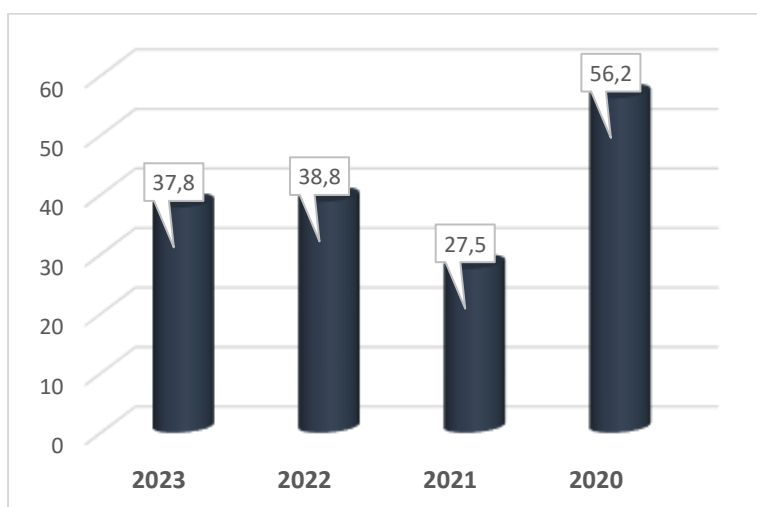
NELLA PRIMA TABELLA È RIPORTATA LA RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITÀ SVOLTE NEL 2023.

ATTIVITA' PIANO D'AZIONE 2023	STATO	NOTE E RIFERIMENTI
<p><b>ATTIVITA' 1:</b> Rivalutazione Questionario struttura alla luce delle attività svolte nel 2021-22.</p> <p><i>Obiettivo 2023:</i> mantenimento livello intermedio per tutti gli <i>items</i> valutati.</p>	OK	<p>Effettuata rivalutazione del questionario a febbraio 2023 con analisi comparativa rispetto al 2021-2022 con raggiungimento dell'obiettivo "livello intermedio" su tutti gli items del questionario.</p> <p>Valutazione questionario rev. 01 del 21/01/2023: grafico di sintesi riportato a seguire.</p>
<p><b>ATTIVITA' 2:</b> Monitoraggio consumo gel idroalcolico semestrale con stesura report condiviso e discusso con equipe delle UO e servizi.</p> <p><i>Obiettivo 2023:</i> raggiungimento di un consumo &gt; 20 L per 1000 giornate di degenza in ambito residenziale</p>	OK	<p>È stato effettuato monitoraggio del consumo di prodotti alcolici per igiene delle mani con assegnazione alle singole Unità Operative e Servizi della CASA DI CURA – HOSPICE SAN LUCA ed effettuato report semestrale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborato Report primo semestre 2023 (rev. 00 del 10/07/2023). Report discusso in ambito di CC_ICA e condiviso con equipe delle UO e Servizi.</li> <li>• Elaborato Report secondo semestre 2023 (rev. 00 del 15/01/2024). Condiviso con Coordinamento Hospice e membri del CC_ICA per discussione nella prima riunione del 2024.</li> </ul> <p><b>Obiettivo 2023:</b> raggiunto. Il consumo complessivo della struttura è stato di 37,6 e 37,9 L/1000 giornate di degenza, rispettivamente nel I e II semestre 2023. Considerando il dettaglio della UO Hospice Residenziale il consumo è stato di 23,7 e 24,6L/1000 giornate di degenza, rispettivamente I vs II semestre 2023.</p> <p>Una sintesi dei report è riportata nella tabella e grafico a seguire, in coda alla tabella.</p>
<p><b>ATTIVITA' 3:</b> Sessione di osservazione semestrale con report condiviso e discusso con le UO e Servizi coinvolti.</p> <p><i>Obiettivo 2023:</i> raggiungimento di una adesione &gt; 50% in almeno l'80% delle UO e Servizi coinvolti nelle sedute di osservazione.</p>	OK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettuata prima sessione di osservazione igiene mani con stesura di relativo report (rev. 00 del 05/07/2023) condiviso e discusso sia in ambito di CC-ICA che con le Unità Operative e servizi coinvolti.</li> <li>• Effettuata seconda sessione di osservazione igiene mani con stesura di relativo report (rev. 00 del 05/12/2023) e successiva integrazione dati (rev. 01 del 15/01/2024) condiviso e discusso sia in ambito di CC-ICA e Coordinamento Hospice.</li> </ul>

		<p><b>Obiettivo 2023:</b> raggiunto complessivamente in tutte le UO con miglioramento nel II semestre rispetto al dato del I semestre 2023.</p> <p>Una sintesi dei report è riportata nella tabella e grafico a seguire, in coda alla tabella.</p>
<p><b>ATTIVITA' 4:</b> Formazione ICA e igiene mani (completamento personale sanitario che non ha partecipato alla formazione fatta nel 2021-2022 + nuovo personale sanitario) con test verifica apprendimento e questionario gradimento</p>	OK	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corso Igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza <u>per osservatori con formazione su scheda osservazione informatizzata</u> (III edizione: 15/03/2023 – 2 ore);</li> <li>○ Corso Igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza <u>per operatori sanitari</u> (III edizione per neoassunti/nuovi collaboratori: 2 sedute di formazione il 16/10 e il 23/10/2023 – 2 ore ciascuna).</li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' 5:</b> Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione per personale sanitario e pazienti/caregivers in occasione della Giornata mondiale igiene delle mani 2023.</p>	OK	<p>In occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 Maggio è stata lanciata una specifica campagna di comunicazione sensibilizzazione sia per operatori sanitari che per pazienti/caregivers.</p> <p>È stato utilizzato in tutti i PC aziendale screensaver della campagna igiene mani per sensibilizzare gli operatori nel corso dell'anno e un banner della campagna in calce alle email aziendali.</p>

TABELLA E GRAFICO. **CONSUMO GEL ALCOLICO PER IGIENE MANI 2023 E CONFRONTO CON 2022-2020**  
(L/1000 giornate di degenza)

	II SEM 2023	I SEM 2023
<b>CONSUMO TOTALE GEL ALCOLICO</b>	37,9	37,60
<b>CONSUMO HOSPICE RESIDENZIALE</b>	24,6	23,7



TAB. QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE 2023-2021

	2023	2022	2021
<b>REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI</b>	100	100	80
<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>	95	75	70
<b>VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK</b>	80	52,5	35
<b>COMUNICAZIONE PERMANENTE</b>	75	85	85
<b>CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT</b>	70	75	70

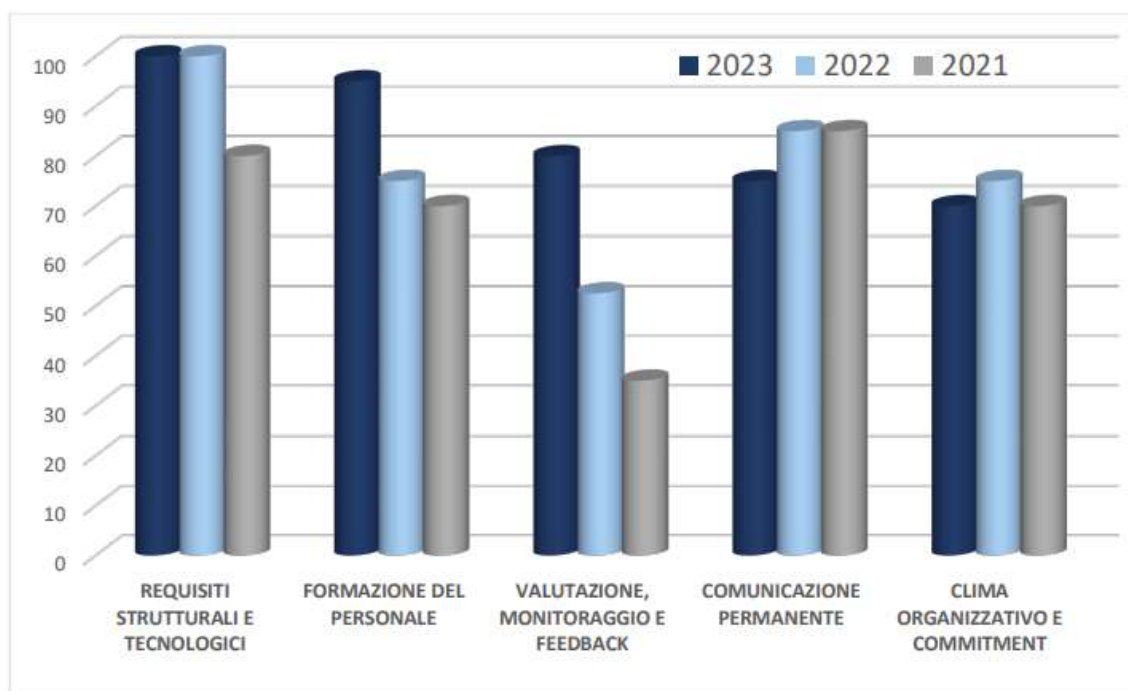
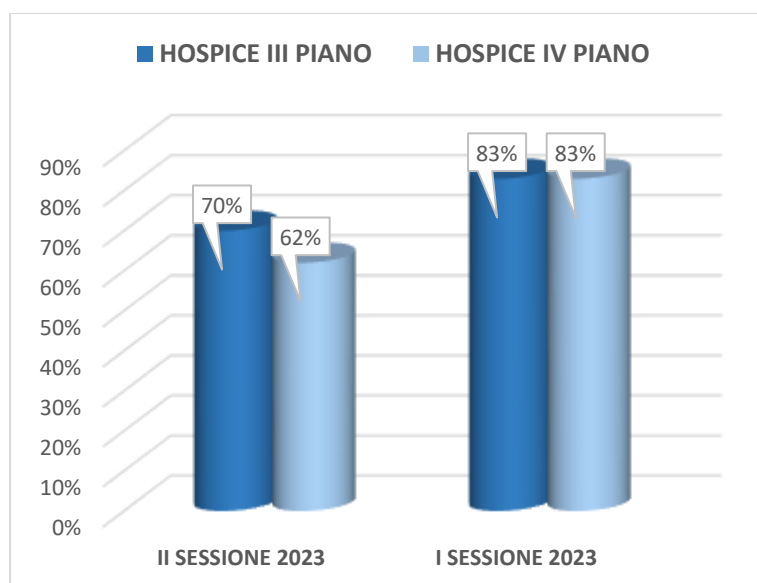
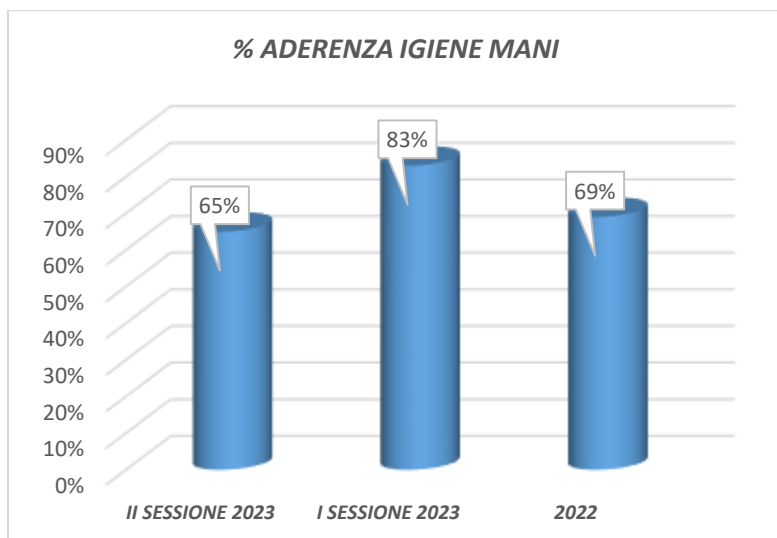


TABELLA E GRAFICO. **SINTESI DATI SESSIONI DI OSSERVAZIONE IGIENE MANI 2023 E CONFRONTO CON 2022**

	II SESSIONE 2023	I SESSIONE 2023
HOSPICE III PIANO	70%	83%
HOSPICE IV PIANO	62%	83%



	II SESSIONE 2023	I SESSIONE 2023	2022
TOTALE OPPORTUNITA'	234	314	124
% ADERENZA	65%	83%	69%



NELLA TABELLA A SEGUIRE SONO DEFINITE LE ATTIVITA' ED I RELATIVI OBIETTIVI 2024 DISCUSSI NELL'AMBITO DEL CC\_ICA.

	DESCRIZIONE ATTIVITA' 2024	REFERENTE/I	CRONORPOGRAMMA
1	<p><b>ATTIVITA' 1:</b> Rivalutazione Questionario struttura alla luce delle attività svolte nel 2021-2023.</p> <p><i>Obiettivo 2024:</i> mantenimento livello intermedio per tutti gli <i>items</i> valutati.</p>	Medico Responsabile Coordinatrici Risk manager Direzione Aziendale	Entro 28/02/2024
2	<p><b>ATTIVITA' 2:</b> Monitoraggio consumo soluzione alcolica per igiene mani semestrale con stesura report condiviso e discusso con equipe delle UO e servizi.</p> <p><i>Obiettivo 2024:</i> mantenimento di un consumo &gt; 20 L per 1000 giornate di degenza in ambito residenziale (III e IV piano Hospice)</p>	Coordinatrici e Farmacia	Entro 31/07/2024 Entro 31/01/2025
3	<p><b>ATTIVITA' 3:</b> Sessione di osservazione semestrale con report condiviso e discusso con le UO e Servizi coinvolti.</p> <p><i>Obiettivo 2024:</i> raggiungimento di una adesione complessiva &gt;60% in tutte le UO e Servizi coinvolti nelle sedute di osservazione.</p>	Coordinatrici Osservatori	Entro 31/07/2024 Entro 31/01/2025

4	<b>ATTIVITA' 4:</b> Formazione ICA e igiene mani (refresh e completamento personale sanitario che non ha partecipato alla formazione fatta nel 2021-2022 + nuovo personale sanitario) con test verifica apprendimento e questionario gradimento	Area Formazione	Entro 31/12/2024
5	<b>ATTIVITA' 5:</b> Iniziative di comunicazione e sensibilizzazione per personale sanitario e pazienti/ <i>caregivers</i> in occasione della Giornata mondiale igiene delle mani 2024.	Direzione sanitaria e aziendale con supporto consulente comunicazione	Nel corso del 2024 ed in occasione della Giornata Mondiale Igiene delle mani del 5 maggio