

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577

Tel. 0746-2781- PEC asl.rieti@pec.it – www.asl.rieti.it

**Direttore Generale f.f. Dott.ssa Anna Petti**  
**Deliberazione del Direttore Generale f.f. n.1 del 01/02/2023**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE F.F.**

**STRUTTURA PROPONENTE**

*DIREZIONE SANITARIA*

Oggetto: Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) anno 2023.

Estensore: Sig./Dott. De Luca Assunta

Il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, D.lgs. n.165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.

Responsabile del Procedimento: Dott. De Luca Assunta

Data 16/02/2023 Firmato elettronicamente da De Luca Assunta

Il Dirigente: Dott. De Luca Assunta

Data 16/02/2023 Firmato elettronicamente da De Luca Assunta

Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui imputare la spesa:

Autorizzazione: Senza impegno di spesa

Data Dott.ssa Antonella Rossetti

Parere del Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Petti

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 16/02/2023

Firmato elettronicamente da Petti Anna

Parere del Direttore Sanitario

Dott.ssa Assunta De Luca

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 16/02/2023

Firmato elettronicamente da De Luca Assunta

**IL DIRIGENTE DELLA  
DIREZIONE SANITARIA**

PREMESSO che: alla UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, in staff al Direttore Sanitario, è affidato il compito di implementare percorsi di gestione del Rischio Clinico e di implementazione della Qualità;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale Lazio 14/07/2006 n. 424 che dispone tra i requisiti minimi organizzativi delle strutture sanitarie e socio-sanitarie l'attivazione di un programma per la gestione del Rischio Clinico;

PRESO ATTO della istituzione del progetto Rating-ASL con deliberazione Regionale n.297 del 23/05/2006 per la realizzazione della "Gestione del Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie della Regione Lazio come strumento di miglioramento della qualità assistenziale";

CONSIDERATO che il Ministero della Salute con decreto del 1 Dicembre 2009 ha istituito il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative a:

- Eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario);
- Denunce dei sinistri;

TENUTO CONTO dell'intesa della Conferenza Permanente Rapporti Stato – Regioni del 20/03/2008 concernente la gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure;

VISTO che il Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013 individua quale punto focale dell'azione del Sistema Sanitario Nazionale lo sviluppo del governo clinico e della qualità dei servizi sanitari;

CONSIDERATO che il suddetto Piano Sanitario Regionale implementa un "approccio di sistema" basato sull'integrazione dei diversi aspetti del sistema medesimo e sulla collaborazione multidisciplinare attraverso gli strumenti di gestione del rischio clinico, formazione, audit, medicina basata sull'evidenza, linee guida e percorsi assistenziali, gestione dei reclami e del contenzioso, gestione del personale, gestione della documentazione, comunicazione e informazione corretta e trasparente, coinvolgimento dei pazienti;

PRESO ATTO che con DCA n. U00563 del 19/11/2015 è stato istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CR-CCICA) e costituito il Gruppo di Approfondimento Tecnico per le ICA;

VISTA la Determinazione n. G16829 del 06 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ai sensi della L. 24/2017";

VISTO il DCA U00400 del 29 /10/2018 recante "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico";

TENUTO CONTO che il controllo del rischio clinico, in riferimento agli eventi sentinella ed altri eventi avversi, alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), alle Lesioni da Pressione, alle Cadute e a qualsiasi altro fattore che impatti nella qualità dell'assistenza, costituisce, congiuntamente alla gestione del conseguente contenzioso, un elemento di valutazione della "performance" aziendale;

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

Oggetto: Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) anno 2023.

CONSIDERATO che all'art. 2, comma 4 la suddetta Legge stabilisce che "in ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente";

DATO ATTO che il miglioramento della sicurezza è un obiettivo prioritario di ogni organizzazione sanitaria e deve basarsi sul cambiamento culturale favorendo la diffusione delle buone pratiche;

VISTA la determinazione della Regione Lazio del 25/01/2022, n. G00643-Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".

VISTE le azioni già poste in essere nei precedenti PARM, PAICA e PARS, nella logica del miglioramento continuo in relazione ad azioni già precedentemente implementate;

VISTE le azioni già poste in essere dal CC- ICA nella logica del miglioramento continuo in relazione ad azioni già precedentemente implementate;

VISTA la Deliberazione Regione Lazio 21 dicembre 2021, n. 970 Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025;

VISTA la Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021, n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";

VISTO il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 settembre 2022 in via informale e, formalmente, il 30 novembre 2022;

VISTA la nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica. Nota Prot. 124752 del 02/02/2023 "Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS);

VISTA la Determinazione della Regione Lazio G16501 del 28 novembre 2022, Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";

VISTA la Determinazione della Regione Lazio del 6 novembre 2022, n. G15198 Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016;

VISTA la Determinazione della Regione Lazio n. G00642 del 25/01/2022 "Adozione del Documento di indirizzo sul consenso informato";

DATO ATTO che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

VISTO il D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

## **PROPONE**

1. DI APPROVARE il documento "Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2023" e il relativo allegato 1 "Piano di Azione Locale 2023 per l'Igiene delle Mani" entrambi allegati alla presente deliberazione formandone parte integrante e sostanziale;

Nota: Il documento è firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione digitale e norme ad esso collegate.

2. DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

## **IL DIRETTORE GENERALE F.F.**

Preso atto che:

- il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, D.lgs. n. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art. 1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;
- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

## **D E L I B E R A**

- di approvare la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R. 45/96.

Il Direttore Generale f.f.  
Dott.ssa Anna Petti



**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577

Tel. 0746-2781-PEC [asl.rieti@pec.it](mailto:asl.rieti@pec.it) – [www.asl.rieti.it](http://www.asl.rieti.it)

***Direttore Generale: Dott.ssa Marinella D’Innocenzo***

**Decreto Presidente Regione Lazio n. T00204 del 03.12.2020**

**Deliberazione n. 1/D.G. del 07/12/2020**

**ALLEGATO DELLA DELIBERA AGLI ATTI COME**

La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal

La presente Deliberazione viene pubblicata all’Albo Pretorio on-line aziendale dell’ente ai sensi dell’art.32, comma 1, L.18.09.2009, n.69 e del D.lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

in data

Rieti li


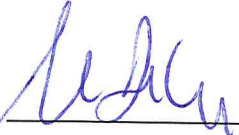
**IL FUNZIONARIO**  
**Dott.ssa Alessandra Falcetti**



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL  
RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2023

PN/110/01/2023  
Rev.0  
14/02/2023  
Pagina 1 di 26

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO  
SANITARIO (PARS) 2023  
ASL RIETI

REDAZIONE:			APPROVAZIONE:		
DATA	FUNZIONE	VISTO	DATA	FUNZIONE	VISTO
14/02/2023	Per * Dott.ssa A.S.Morgante Direttore f.f. UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing  Dott. M. Angelucci Direttore f.f. UOC DMO  Dott. G. Fovi De Ruggiero Direttore UOC ISP  Dott. S. Venarubea Direttore UOC Laboratorio Analisi  Dott.ssa E. Giordani Direttore UOC Politiche del farmaco e D.M.  Dott. A. Boncompagni Direttore Distretto 1  Dott. F. Mancini Direttore Distretto 2  Dott.ssa I. Bianchetti Responsabile SPP  Dott. M. Marchili Responsabile UOSD Malattie Infettive Coordinatore Gruppo Antimicrobial Stewardship (GOAS)  Dott.ssa A. Barsacchi Direttore DAPS		14/02/2023	Direttore Sanitario Aziendale  Dott.ssa A. De Luca	

\*CC-ICA: Direttore Sanitario Aziendale con funzione di Presidente, Direttore Medico Presidio Ospedaliero, Dirigente Medico Igienista della UOC Direzione Medica Ospedaliera, Direttore del Dipartimento di Medicina, Direttore del Dipartimento di Chirurgia, Direttore del Dipartimento di Emergenza/Accettazione, Direttore del Dipartimento dei Servizi, Direttore del Distretto 1, Direttore del Distretto 2, Direttore UOC ISP, Direttori UU.OO. Servizi Veterinari, Direttore UOC Politica del Farmaco e D.M., Risk Manager, Responsabile UOSD Malattie Infettive, Coordinatore gruppo Operativo Aziendale per l'Antimicrobial Stewardship, Direttore UOC Laboratorio Analisi, Direttore DAPS, Coordinatore Medico Unità Valutazione e Controllo Strutture Socio Assistenziali (UVC), Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Responsabile UOSD Assistenza Domiciliare Aziendale, Dirigente Personale Tecnico sanitario della Prevenzione, Infermiera DMO con compiti di sorveglianza ICA.

\*Gruppo Antimicrobial Stewardship (GOAS): Infettivologo, Risk Manager, Farmacista, Dirigente Medico UOC Laboratorio Analisi - sezione Microbiologia, Veterinari, Rianimatore, Medico Internista.

## INDICE

1. Contesto organizzativo.....	3
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati .....	5
3. Descrizione della posizione assicurativa .....	6
4. Resoconto delle attività del piano precedente.....	7
5. Matrice delle responsabilità .....	11
6. Obiettivi e attività .....	12
6.1 Obiettivi .....	12
6.2 Attività .....	12
7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo.....	17
7.1 Obiettivi .....	17
7.2 Attività .....	18
8. Modalità di diffusione del documento.....	25
9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi .....	25

**Allegato 1: PIANO DI AZIONE LOCALE 2023 PER L'IGIENE DELLE MANI**

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tipo di Struttura:

- AZIENDA SANITARIA LOCALE E PRESIDIO OSPEDALIERO DI COMPETENZA.

L'Azienda Sanitaria Locale di Rieti è così articolata:

- Presidio Ospedaliero – San Camillo De Lellis;
- Distretto Sanitario 1 - Rieti, Antrodoco, S. Elpidio;
- PASS Accumoli e Amatrice;
- Distretto Sanitario 2 - Salario Mirtense;
- Casa della Salute di Magliano Sabina;
- Hospice San Francesco;
- Struttura Riabilitativa Residenziale di Poggio Mirteto.

Di seguito si riporta la tabella che descrive le specificità organizzative della Asl di Rieti sulla gestione del rischio infettivo.

<b>GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>	
<b>Data costituzione CC-ICA</b>	Anno 2010
<b>Data revisione componenti</b>	Anno 2014
<b>Attuale composizione CC-ICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direttore Sanitario Aziendale con funzione di Presidente</li> <li>- Direttore Medico Presidio Ospedaliero</li> <li>- Dirigente Medico Igienista in Staff alla Direzione Sanitaria Aziendale</li> <li>- Dirigente Medico Igienista della UOC Direzione Medica Ospedaliera</li> <li>- Direttore del Dipartimento di Medicina</li> <li>- Direttore del Dipartimento di Chirurgia</li> <li>- Direttore del Dipartimento di Emergenza/Accettazione</li> <li>- Direttore del Dipartimento dei Servizi</li> <li>- Direttore del Distretto 1</li> <li>- Direttore del Distretto 2</li> <li>- Direttore del Dipartimento di Prevenzione</li> <li>- Direttori UU.OO. Servizi Veterinari</li> <li>- Direttore UOC Politica del Farmaco e dei Dispositivi Medici</li> <li>- Responsabile UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing</li> <li>- Responsabile UOSD Malattie Infettive e Coordinatore gruppo Operativo Aziendale per l'Antimicrobial Stewardship</li> <li>- Responsabile UOC Laboratorio Analisi</li> <li>- Direttore DAPS</li> <li>- Coordinatore Medico Unità Valutazione e Controllo Strutture Socio Assistenziali (SSA)</li> <li>- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale</li> <li>- Responsabile UOSD Assistenza Domiciliare Aziendale</li> <li>- Dirigente Personale Tecnico sanitario della Prevenzione</li> <li>- Infermiera DMO con compiti di sorveglianza ICA</li> </ul>



<b>Programma Antimicrobial Stewardship</b>	Attivazione nell'ambito del CC-ICA del Team di Antimicrobial Stewardship (TAS) con il compito di formulare proposte al CC-ICA in materia di interventi coordinati, che hanno lo scopo di promuovere l'uso appropriato degli antimicrobici, che indirizzano nella scelta ottimale del farmaco, della dose, della durata della terapia e della via di somministrazione e orientano l'organizzazione alla visione One-Health e all'adesione alle policy aziendali, regionali e nazionali in tema di contrasto delle ICA e del fenomeno dell'AMR.
<b>Gestione ICA a livello Ospedaliero</b>	Presenza Infermiera ICA afferente alla U.O.C. Direzione Medica Ospedaliera
<b>Numero Reparti di Malattie Infettive</b>	N. 1 U.O.S.D. Malattie Infettive

*Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale (2022)*

<b>ASL RIETI</b>			
<b>DATI STRUTTURALI <sup>(A)</sup></b>			
<b>Estensione territoriale</b>	2.749,16 Km <sup>2</sup>	<b>Popolazione residente</b>	151.143
<b>Distretti Sanitari</b>	Distretto 1 - Rieti, Antrodoco, S.Elpidio  Distretto 2 - Salario Mirtense	<b>Presidi Ospedalieri Pubblici</b>	Ospedale San Camillo de Lellis
<b>Posti letto ordinari</b>	243	<b>Medicina</b>	115
		<b>Chirurgia</b>	50
		<b>Emergenza</b>	67
		<b>Altri</b>	11
<b>Posti letto diurni</b>	21	<b>Servizi Trasfusionali</b>	1
<b>Blocchi Operatori</b>	5	<b>Sale Operatorie</b>	12
<b>Terapie Intensive</b>	1	<b>UTIC</b>	1
<b>DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE</b>			
<b>Ricoveri ordinari *</b>	7749	<b>Ricoveri diurni *</b>	1265
<b>Accessi PS</b>	24.835	<b>Neonati o parti *</b>	343
<b>Branche specialistiche</b>	29	<b>Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici</b>	637.985 escluse le analisi di laboratorio

(A): Fonte dati: UOSD SISSeAC – Fonte Dati SIO-SIAS-SIES-OrmaWeb al 31/12/2022

(\*): Dato non consolidato, in attesa del tredicesimo mese.

	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023</b>	PN/110/1/2023 Rev.0 14/02/2023 Pagina 5 di 26
--	--	--

*Tabella 2 – Dati di attività aggregati Presidio Ospedaliero (2022)*

OSPEDALE SAN CAMILLO DE LELLIS			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO P.O. <sup>(A)</sup>			
<b>Posti letto ordinari</b>	243	<b>Medicina</b>	115
		<b>Chirurgia</b>	50
		<b>Emergenza</b>	67
		<b>Altri</b>	11
<b>Posti letto diurni</b>	21	<b>Servizi Trasfusionali</b>	1
<b>Numero Blocchi Operatori</b>	5	<b>Numero Sale Operatorie</b>	12
<b>Numero ricoveri ordinari *</b>	7749	<b>Numero ricoveri diurni *</b>	1265
<b>Numero accessi PS</b>	879	<b>Numero neonati o parti *</b>	343

(A): Fonte dati: UOSD SISSeAC – Fonte Dati SIO-SIES-OrmaWeb/NSIS al 31/12/2022

(\*): Dato non consolidato, in attesa del tredicesimo mese.

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

Gli eventi di seguito riportati e pervenuti tutti dal sistema di Incident Reporting strutturato in Azienda sono in totale 162 e distribuiti come indicato nella seguente tabella.

*Tabella 3– Eventi segnalati nel 2022 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)*

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
<b>Near Miss</b>	3 (1,38%)	0%	Strutturali 0,5% Tecnologici 0% Organizzativi 67,45% Procedure/ Comunicazione 31,55 %	Strutturali 0,5% Tecnologici 0% Organizzativi 67,45% Procedure/ Comunicazione 31,55 %	Sistemi di reporting 100% (incident reporting, emovigilanza, farmacovigilanza)
<b>Eventi Avversi</b>	204 (94,44%)	94,11%			
<b>Eventi Sentinella</b>	9 (4,1%)	55,5%			

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al *Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella* adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

 ASPETTI LEGALITÀ E SICUREZZA	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023</b>	PN/110/1/2023 Rev.0 14/02/2023 Pagina 6 di 26
--	--	--

**Tabella 4 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)**

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2018	17	10	€ 627.105,02
2019	23	5	€ 1.872.817,81*
2020	21	4	€ 418.757,21
2021	18	7	€ 473.229,32
2022	17	13	€ 2.483.778,21**
<b>Totale</b>	<b>96</b>	<b>39</b>	<b>€ 5.875.687,57</b>

\*scostamento imputabile a n. 2 liquidazioni per uno stesso sinistro verificatosi nell’anno 2008 per un importo complessivo 1.623.989,01 euro.

\*\*scostamento imputabile a n. 1 liquidazione di sinistro verificatosi nell’anno 2015 per un importo pari a 1.408.024,11 euro più n. 1 liquidazione di sinistro verificatosi nell’anno 2013 per un importo pari a 581.327,69 euro.

Fonte dati: U.O.S.D. Affari Generali e Legali - periodo di riferimento anno 2018-2022.

(A): sono riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

### 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Di seguito si riporta la posizione assicurativa della Asl di Rieti dall’anno 2014 al 2022.

**Tabella 5 –Descrizione della posizione assicurativa**

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2014	RCT/O n. ITOMM1301290 28/02/2015	AMTRUST EU.LTD	€ 2.200.500	€ 1.000.000	MARSH SpA
2015	RCT/O N. 2015RCG00087-642128	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL AL INSURANCE LTD	€2.000.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.
2016	RCT/O N. 2016RCG00105-645632	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL AL INSURANCE LTD	€ 1.840.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.
2017	RCT/O N. 2016RCG00105 – 645632 – 28/02/2017 (al 01/03/2017 Autoassicurazione)	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATIONAL AL INSURANCE LTD	€ 1.840.000	€ 2.000.000	WILLIS ITALIA S.P.A. fino al 28/02/2017
2018	dal 01/03/2017 al 31/12/2018 in regime di autoassicurazione				GBSAPRI spa dal 08/03/2018 al 08/03/2019 con possibilità di rinnovo per un'altra annualità



2019	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2019 al 31/12/2020	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. rinnovata dall'08/03/2019 all'08/03/2020
2020	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2019 al 31/12/2020	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. rinnovata dall'08/03/2019 all'08/03/2020 prorogata fino all'08/09/2020, proroga ta fino all'08/03/2021
2021	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2020 al 31/12/2021 (ripetizione polizza)	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di nuova gara espletata. Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 – attualmente in corso
2022	RCT/O N. POLIZZA N° 2022RCG00261- 1212661 dal 30/06/2022 al 30/06/2023	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LIMITED RAPPRESENT ANZA GENERALE PER L'ITALIA	€ 2.326.547,92	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di nuova gara espletata. Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 – attualmente in corso

Fonte dati: U.O.S.D. Affari Generali e Legali - periodo di riferimento anno 2022.

#### 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 6 – Resoconto delle attività del Rischio Clinico 2022

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Ob. A - Attività 1:</b> Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti	SI	Realizzazione di n. 2 corsi 1. 26/04/2022 - Corso sulla comunicazione efficace 2. 08/11/2022 – corso “cure consapevoli e condivise: il sistema aziendale del CONSENSO INFORMATO nella ASL di Rieti”  N.B. obiettivo condiviso con UOSD Formazione
<b>Ob. A - Attività 2:</b> Progettazione ed esecuzione di un percorso formativo sulla Qualità della Comunicazione	SI	Realizzazione di: 1. 12/04/2022 - Corso sulla comunicazione efficace



		2. 19/04/2022 - Corso sulla comunicazione efficace  N.B. obiettivo condiviso con UOSD Formazione
<b>Ob. A - Attività 3:</b> Implementazione, Progettazione e realizzazione di Audit di Risk Management	SI	Realizzazione di n 14 AUDIT di Risk Management di cui n. 9 su Eventi Sentinella
<b>Obiettivo B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTEVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</b>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Ob. B – Attività 1:</b> Mappatura del rischio delle strutture sanitarie in collaborazione con Luiss Business School)	SI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• relazione Luiss Business School “verbale del rischio Ospedale”<sup>1</sup> del 23/11/2022</li> <li>• proposta di PIANO DI MIGLIORAMENTO – slide elaborate dalla UOC Risk M: “Fotografia del rischio 2022 ASL Rieti sez. 1 dati ospedale S. C. De Lellis, anno 2022” per la struttura ospedaliera inviato a Direttore Sanitario via mail il 19/12/2022</li> <li>• scheda di sintesi sulle azioni di miglioramento, proposta elaborata dalla UOC Risk M.</li> <li>• slide elaborate dal Direttore Sanitario e presentate alla Luiss il 14/12/2022</li> <li>• nota Direttore Sanitario-UOC Risk M. per l’Ospedale</li> <li>• nota Direttore Sanitario-UOC Risk M. per territorio</li> <li>• incontro in Teams sulla mappatura del Rischi del territorio effettuato in data 13/01/2023 per la definizione del piano del rischio sul territorio. Definizione di progetto pilota Luiss- ASL Rieti per l’implementazione del nuovo modello di gestione del rischio MIGERIS sulla nuova organizzazione territoriale</li> </ul>
<b>Ob. B – Attività 2:</b> Stesura della Procedura per la gestione clinica degli accessi al Presidio Assistenziale Territoriale (PAT) della Casa della Salute di Magliano Sabina	SI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Procedura cod.: PO/110/2/2022 del 16/02/2022 frontespizio</li> <li>2. Poster congressuale realizzato per il congresso nazionale SITI 2022</li> </ol>

<sup>1</sup> La mappatura del territorio è ancora in corso

<b>Ob. B – Attività 3:</b> Stesura del documento di recepimento delle linee guida regionali in materia di Consenso Informato – Determinazione n. G00642 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo sul consenso informato”	SI	Procedura cod.: P/110/10/2022 - Rev 0 del 16/08/2022 Comunicazione, pubblicazione e invio lista di distribuzione
<b>Ob. B – Attività 4</b> Recepimento operativo del documento di indirizzo regionale in materia di Lesioni da Pressione - Determinazione 27 aprile 2018, n. G05584 Approvazione del “Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)”	SI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relazione della UOC Risk M. sugli aspetti operativi e applicativi del gestionale</li> <li>2. Relazione sugli aspetti relativi alla prevenzione, controllo e monitoraggio delle LdP elaborata dalla UOC GPA e a valersi anche per gli adempimenti PARS 2022/Budget 2022 di detta UOC</li> <li>3. Webinar formativo del 19/09/2022</li> </ol>
<b>Obiettivo c) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Ob. C – Attività 1:</b> Monitoraggio permanente dei decessi Covid-19 e analisi descrittiva del fenomeno	SI	- N. 3 relazioni inviate al Direttore Sanitario e relative ai periodi 01/01/22-28/2/22; 01/03/22-31/05/22; 01/6/22-31/12/22.
<b>Obiettivo D) PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Ob. D – Attività 1:</b> Partecipazione ai tavoli regionali su rischio clinico	SI	Partecipazione a <b>6/7 Tavoli permanenti</b> (01/07/22 mancata partecipazione per <b>COVID</b> del Responsabile della UOC Sedute su MEET: 14/01/22, 21/01/22, 28/01/22, 10/06/22 Sedute in presenza: 15/07/22 – 16/12/22

**Tabella 7 – Resoconto delle attività del Rischio Infettivo 2022**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>

<p><b>Ob. A – Attività 1</b> Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sulla cultura e sulla applicazione dei Bundle per la prevenzione delle ICA, in collaborazione con la UOC GPA</p>	<p align="center">SI</p>	<p>3/11/2022 corso: La cultura del rischio clinico: i BUNDLE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA</p> <p><b>N.B.</b> obiettivo condiviso con UOSD Formazione, UOC DMO, UOC GPA, Piano AMS 2022 e PP10 2022-25 (PAP ASL Rieti)</p>
<p><b>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</b></p>		
<p align="center"><b>Attività</b></p>	<p align="center"><b>Realizzata</b></p>	<p align="center"><b>Stato di attuazione</b></p>
<p><b>Ob. B – Attività 1</b> Formazione Piano di Azione Locale 2022</p>	<p align="center">SI</p>	<p>Piano di Azione Locale 2022</p> <p>Corso FAD per operatori sanitari ( 3 edizioni) N.B. obiettivo condiviso con UOSD Formazione</p> <p>Formazione per l'igiene delle mani 2022 – somministrazione di questionario di follow-up</p> <p><b>N.B.</b> obiettivo condiviso con UOSD Formazione, UOC DMO, UOC GPA e PP10 2022-25 (PAP ASL Rieti)</p>
<p><b>Ob. B – Attività 2</b> Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni del secondo corso di formazione sull'igiene delle mani con specifico target sul personale OSS/OSA e sugli studenti universitari delle professioni sanitarie. La formazione potrà essere erogata anche in modalità FAD.</p>	<p align="center">SI</p>	<p>Realizzazione di n. 5 edizioni del corso teorico-pratico per OSS/OSA-</p> <p>Realizzazione di n. 1 corso FAD per studenti/tirocinanti</p> <p><b>N.B.</b> obiettivo condiviso con UOSD Formazione, UOC DMO, UOC GPA e PP10 2022-25 (PAP ASL Rieti)</p>
<p><b>Ob. B – Attività 3</b> Elaborazione del piano 2022 delle osservazioni sulla corretta igiene delle mani tra il personale sanitario</p>	<p align="center">SI</p>	<p>Cronoprogramma maggio-dicembre 2022 come previsto nel Piano di azione locale 2022</p> <p><b>N.B.</b> obiettivo condiviso con UOSD Formazione, UOC DMO, UOC GPA e PP10 2022-25 (PAP ASL Rieti)</p>
<p><b>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).</b></p>		
<p align="center"><b>Attività</b></p>	<p align="center"><b>Realizzata</b></p>	<p align="center"><b>Stato di attuazione</b></p>



<b>Ob. C – Attività 1</b> Adesione al nuovo programma regionale sul monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico	SI	Nota prot n. 2221 dell'11/01/2023 – Report annuale consumi <b>N.B.</b> obiettivo condiviso con UOC Politiche del Farmaco, Piano AMS 2022, PP10 2022-25 ASL Rieti. <b>Si evidenzia che il gestionale regionale, ad oggi, non è stato ancora attivato.</b>
<b>Ob. C – Attività 2</b> Elaborazione e Attuazione del Piano Antimicrobial Stewardship 2022	SI	Piano AMS - Deliberazione Del Direttore Generale n. 850/2022 del 02/09/2022
<b>Ob. C – Attività 3</b> Conduzione di uno studio di prevalenza sulle ICA - CAUTI		Realizzazione di n. 2 studi di prevalenza Nota del Direttore della D.M.O. del 10/01/2023

## 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

*Tabella 8 – Matrice delle responsabilità*

Azione	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Comitato Controllo ICA (CC-ICA)	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto Tabella 4 punto 2; punti 3 e 7)	C	C	R	C	C	C	-
Redazione Tabella 4 punto 2 e punto 3 (Gestione Sinistri)	C	C	I	R	I	C	-
Redazione punto 7 (Controllo del Rischio Infettivo)	C	C	R	I	I	I	-
Approvazione	R	C	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	C	I	C	I	R	C	C
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	I	I	R	C	I	-	C
Monitoraggio punto 7	C	C	R	I	I	-	C

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

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 6.1 Obiettivi

Nel corso del 2023 gli obiettivi del Piano sono indirizzati a:

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- D. Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management.

### 6.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE					
<b>ATTIVITÀ 1</b> - Progettazione ed esecuzione di un corso di <b>FORMAZIONE</b> : presentazione alla nuova rete dei facilitatori del Risk Management, Qualità dei dati aziendali 2022 sugli E.A., E.S., N.M.					
<b>INDICATORE</b> : Esecuzione di almeno n. 1 edizioni del Corso entro il 31/12/2023					
<b>STANDARD</b> : 1					
<b>FONTE</b> : UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk Manager	UOSD Sviluppo, Competenze e Formazione	UOC DMO	DAPS	DS
Progettazione del corso	R	C	I	C	I
Accreditamento del corso	C	R	I	I	I
Esecuzione del corso	R	C	I	C	I

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

**OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**

**ATTIVITÀ 2 - Progettazione ed esecuzione di un corso di FORMAZIONE:**

- il nuovo documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita-2022 – Det. Dir. N. G15198/2022 “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita”;
- presentazione della nuova Procedura aziendale relativa alla prevenzione e gestione delle cadute.

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno n. 1 edizioni del Corso entro il 30/06/2023

**STANDARD: 1**

**FONTE:** UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	UOSD Sviluppo, Competenze e Formazione	Componente CRRC	D1 e D2	DAPS	UOS Verifica e Controllo Soggetti Erogatori Privati e Strutture Socio Assistenziali	UOC Tutela Materno Infantile
Progettazione del corso	R	C	C	I	C	C	I
Accreditamento del corso	C	R	I	I	I	I	I
Esecuzione del corso	R	C	C	I	I	I	I

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

**OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**

**ATTIVITÀ 3 - Progettazione ed esecuzione di un corso di FORMAZIONE:** presentazione e analisi della Mappatura del Rischio aziendale e del progetto pilota MIGERIS ASL RIETI per la mappatura del rischio sul territorio.

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno n. 1 edizioni del Corso entro il 31/12/2023

**STANDARD: 1**

**FONTE:** UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	UOSD Sviluppo, Competenze e Formazione	UOC DMO/ Direttori Dipartimento	DAPS	D1 e D2	LUISS	DS
Progettazione del corso	R	C	C	C	C	C	C
Accreditamento del corso	C	R	I	I	I	I	I
Esecuzione del corso	R	C	C	C	C	C	I

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



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL  
RISCHIO SANITARIO (PARS)  
2023**

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>					
<b>ATTIVITÀ 4</b> - Progettazione ed esecuzione di un evento di <b>FORMAZIONE</b> secondo la metodica dell'Audit M&M con revisione di almeno 1 caso critico trattato dal CVS					
<b>INDICATORE:</b> Esecuzione di almeno n. 1 evento di formazione entro il 31/12/2023					
<b>STANDARD: 1</b>					
<b>Fonte:</b> UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing					
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>					
Azione	UOSD Sviluppo, Competenze e Formazione	Coordinamento CVS (Componente Medico Legale, Componente Legale, Componente DMO, Componente Affari Generali e Componente Risk Management)	UU.OO. o Strutture Interessate	DAPS	DS
Progettazione della Formazione M&MR	C	R	C	C	I
Accreditamento del corso	R	I	I	I	I
Esecuzione del corso	I	R	C	C	I

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

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>					
<b>ATTIVITÀ 5</b> - Promozione della cultura dell' <b>AUDITING</b> : conduzione di Audit reattivi GRC					
<b>INDICATORE:</b> Numero di Audit reattivi GRC					
<b>STANDARD:</b> 100% eventi sentinella					
<b>Fonte:</b> UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing					
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>					
Azione	Risk Manager	Tutte le UU.OO. coinvolte	UOC DMO	DAPS	DS
Progettazione ed esecuzione	R	C	C	C	I

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

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>			
<b>ATTIVITÀ 6</b> – Promozione della cultura dell' <b>AUDITING</b> : conduzione delle fasi di analisi relative agli esiti della mappatura (fotografia) del rischio e individuazione dei piani di miglioramento (PdM)			
<b>INDICATORE:</b> Realizzazione degli Audit (ACO) ≥ 60% delle strutture mappate			
<b>STANDARD:</b> SI			
<b>Fonte:</b> UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
Azione	Risk Manager	DMO/Dir. UU.OO. e Aree Dipartimentali	DS
Progettazione e realizzazione ACO	R	C	I
Individuazione PdM	R	C	I

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

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>						
<b>ATTIVITÀ 7</b> – Progressiva implementazione del <b>SGQ</b> aziendale: monitoraggio e sistematizzazione delle procedure pubblicate sul sito aziendale con verifica della necessità di aggiornamento/revisione.						
<b>INDICATORE:</b> Aggiornamento/Revisione di almeno n. 4 procedure aziendali rilevanti ai fini del miglioramento della qualità						
<b>STANDARD:</b> SI						
<b>FONTE:</b> UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing						
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>						
Azione	Risk Manager	UOC DMO	DAPS	GdL	URP	UOSD SICO
Monitoraggio pagina web UOC Risk	R	I	I	I	I	I
Sistematizzazione secondo criteri SGQ aziendali indicati dalla UOC Risk	C	C	C	I	R	C
Aggiornamento/Revisione procedure	C	C	C	R	-	-
Pubblicazione e distribuzione procedure	R	C	C	I	C	-

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

<b>OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.</b>						
<b>ATTIVITÀ 1</b> – Revisione del documento aziendale della procedura sul consenso informato e monitoraggio della sua effettiva applicazione entro il 31/12/2023.						
<b>INDICATORI:</b>						
1) Revisione del documento aziendale;						
2) n. incontri/n.UU.OO. ≥ 60%;						
3) implementazione del registro informatizzato delle Informative sul consenso informato.						
<b>STANDARD:</b> SI						
<b>FONTE:</b> UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing						
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>						
Azione	Risk Manager	UOC DMO	Tutte le UU.OO. e Aree Dipartimentali coinvolte	UOSD Affari Generali e Legali	DS	UOSD SICO
Revisione del Documento	R	I	C	I	I	-
Diffusione del Documento	R	I	C	I	I	-
Registro delle informative	C	-	-	-	-	R



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

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

**ATTIVITÀ 2** – Recepimento del documento di indirizzo regionale "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del precedente "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti" e monitoraggio della sua effettiva applicazione.

**INDICATORI:**

- 1) Revisione della procedura aziendale, entro il 31/05/2023;
- 2) Revisione scheda valutazione del rischio caduta in Pronto Soccorso;
- 3) Implementazione scheda valutazione del rischio caduta in Pronto Soccorso e in GIPSE WEB entro il 31/12/2023.

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	UOS Verifica e Controllo Soggetti Erogatori Privati e Strutture Socio Assistenziali	D1 e D2	DAPS	UOC DMO	RSPP	UOC ISP	Pronto Soccorso	DS
Costituzione del GdL	R	C	C	C	I	C	C	I	I
Revisione del Documento	C	R	C	C	I	C	C	C	I
Diffusione del Documento	R	C	I	C	I	I	I	I	I
Implementazione su GIPSE WEB	I	I	I	I	C	I	I	R	I

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

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

**ATTIVITÀ 1** – Monitoraggio delle aggressioni agli operatori sanitari e dello SLC (Stress Lavoro Correlato)

**INDICATORI:**

- 1) report annuale segnalazioni;
- 2) partecipazione lavori GdL SLC  $\geq$  80%.

**STANDARD:**

1 report annuale  
Partecipazione  $\geq$  90% degli incontri

**FONTE:** UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

	<b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023</b>	PN/110/1/2023 Rev.0 14/02/2023 Pagina 17 di 26
--	--	---

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk Manager	RSPP	Servizio psicologico-UOC Tutela Materno Infantile	Coordinamento Medici Competenti	DS	DG
Alimentazione flusso informativo	R	I	I	I	I	I
Analisi dei Dati	R	C	I	I	I	I
Partecipazione GdL SLC	C	R	C	C	I	I
Relazione annuale al DS e DG	C	R	C	C	I	I

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

OBIETTIVO D) PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT	
ATTIVITÀ 1 - Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico	
INDICATORE: n. partecipazione alle riunioni dei tavoli permanenti	
STANDARD: ≥ 90%	
FONTE: UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing	
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	
Azione	DAPS
Partecipazione del Risk Manager alle riunioni dei tavoli permanenti regionali	R <sup>1</sup>

<sup>1</sup> in quanto coinvolti come partecipanti dal CRRC da dicembre 2022

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

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

### 7.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 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).

**7.2 Attività**

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

**ATTIVITÀ 1 – PROGETTO FORMATIVO** articolato “LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, DEL BUNDLE ICA/ISC E DEL CORRETTO UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI ATTRAVERSO L' AGGIORNAMENTO E LA FORMAZIONE CONTINUI DEL PERSONALE.

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno 1 edizione formativa in una delle modalità di erogazione previste (formazione sul campo, o formazione in presenza o FAD) entro il 31/12/2023

**STANDARD:** 1

**FONTE:** UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, UOC DMO, DAPS, Coord. GOAS.

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

<b>Azione</b>	<b>UOSD Sviluppo, Competenze e Formazione</b>	<b>DAPS</b>	<b>UOC DMO</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>GOAS</b>
Progettazione del corso nelle sue varie articolazioni	C	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>
Realizzazione della formazione sul campo	C	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>	C	C
Realizzazione di almeno 1 evento formativo in presenza	C	C	C	C	R
Realizzazione FAD e itinerante (si richiama l'obiettivo B – attività 2)	-	-	-	-	-
Accreditamento del progetto formativo	R	I	I	I	I
Esecuzione del progetto formativo	C	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup>

<sup>2</sup> Responsabili scientifici del progetto formativo

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



**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**

**ATTIVITÀ 1** – Redazione Piano di Azione Locale per l'igiene delle mani 2023 secondo le indicazioni del CRRC (nota prot. 124752 del 02/02/2023) – **Vedi Allegato 1 del presente PARS 2023 della Asl Rieti.**

**INDICATORE:** Documento

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, DAPS

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	CCICA	UOC DMO	DAPS	D1 e D2	Dipartimento di Prevenzione	Risk Manager	DS	UOS Verifica e Controllo Soggetti Erogatori Privati e Strutture Socio Assistenziali	Università La Sapienza CdL Professioni Sanitarie
Elaborazione del documento	C	C	R <sup>3</sup>	I	C	R <sup>3</sup>	I	C	I
Validazione	C	C	C	I	I	C	R	I	I
Diffusione	R	I	I	I	I	C	I	I	I

<sup>3</sup> Referenti aziendali del piano attuativo sull'igiene delle mani della Asl Rieti

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

**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**

**ATTIVITÀ 2** – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione del terzo corso di **FORMAZIONE** sull'igiene delle mani con specifico target 2003 sul personale neoassunto e sugli studenti universitari dei CdL delle professioni sanitarie di nuova attivazione, alle RSA e SSA. La formazione sarà erogata in modalità FAD e come formazione itinerante (box pedagogico) degli operatori sanitari aziendali.

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno una edizioni del corso entro il 31/12/2023

**STANDARD:** 1

**FONTE:** UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, DAPS

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	CCICA	D1 e D2	UOS Verifica e Controllo Soggetti Erogatori Privati e Strutture Socio Assistenziali	UOS Sviluppo, Competenze e Formazione	DAPS	UOC DMO	Risk Manager	UOC ISP	GOAS
Progettazione del corso	C	I	I	C	R <sup>3</sup>	C	R <sup>3</sup>	I	C
Accreditamento del corso	C	I	I	R	I	I	C	I	I

<b>Esecuzione del corso</b>	C	C	C	R	C	C	C	C	C
-----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

<sup>3</sup> Referenti aziendali del piano attuativo sull'igiene delle mani della Asl Rieti

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

<b>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</b>							
<b>ATTIVITÀ 3</b> – Elaborazione del piano 2023 delle <b>OSSERVAZIONI</b> sulla corretta igiene delle mani tra il personale sanitario							
<b>INDICATORE:</b> Documento di pianificazione							
<b>STANDARD:</b> SI							
<b>FONTE:</b> UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, DAPS, UOC DMO							
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>							
Azione	CCICA	DAPS	UOC DMO	Risk Manager	Coord. GOAS	D1 e D2	DS
Progettazione del piano	I	R <sup>4</sup>	R <sup>4</sup>	C	I	C	I
Realizzazione del piano	I	R <sup>4</sup>	R <sup>4</sup>	C	I	C	I
Presentazione dei risultati	I	R <sup>4</sup>	R <sup>4</sup>	R <sup>4</sup>	I	C	I

<sup>4</sup> i Referenti formazione e osservazioni afferiscono alle due strutture

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

<b>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).</b>							
<b>ATTIVITÀ 1</b> – Adesione alle indicazioni regionali del CRRC (nota prot. 124752 del 02/02/2023) sul monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico (dati disaggregati per aree di degenza e calcolati sulle giornate di degenza).							
<b>INDICATORE:</b> Report semestrale							
<b>STANDARD:</b> SI							
<b>FONTE:</b> UOC POLITICHE DEL FARMACO E DISPOSITIVI MEDICI							



MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	CCICA	UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici	DS	UOC DMO	Risk Manager	GOAS
Elaborazione dei dati	I	R	I	I	I	I
Analisi dei dati con reportistica semestrale	I	R	I	I	I	I
Invio al CRRC	I	R	I	I	I	I

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

**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).**

**ATTIVITÀ 2 –** Elaborazione e Attuazione del **PIANO ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP 2023** in coerenza alle indicazioni del PNCAR 2022-2025, alla nota del CRRC prot. 124752 del 02/02/2023 e al PRP – PAP Asl Rieti 2021-2025 (PP10).

**INDICATORE:** Documento

**STANDARD:** SI

**FONTE:** GOAS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ								
Azione	CCICA	DS	Dipartimento Prevenzione e Servizio Veterinario	MMG/PLS	UOC DMO	Risk Manager	Coord. GOAS	UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici
Elaborazione Piano	C	I	C	C	C	R <sup>5</sup>	R <sup>5</sup>	C
Applicazione del Piano	I	I	C	C	C	C	R	C
Monitoraggio del Piano	I	I	C	C	C	C	R	C

<sup>5</sup> in quanto entrambi coordinano le attività del GOAS

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

**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).**

**ATTIVITÀ 3** – Conduzione di un'INDAGINE DI PREVALENZA interna sulle ICA/ISC o partecipazione a studi di sorveglianza o indagini di prevalenza di livello regionale/nazionale/europei, ove previsti.

**INDICATORE:** Documento progettuale dell'indagine di prevalenza

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC DMO

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	CCICA	DAPS	UOC DMO	Risk Manager	UU.OO. Dip. Chir. e Ostetricia e G.	GOAS
Progettazione dello studio	C	C	R	I	C	C
Conduzione dell'indagine di prevalenza	I	I	R	I	C	C
Presentazione e diffusione dei risultati	I	I	R	I	I	C

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

**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).**

**ATTIVITÀ 4** – Gruppo di Lavoro ICA - Determinazione 28 novembre 2022, n. G16501 Implementazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".

**INDICATORE:** riscontro al CRRC dei livelli di evidenza entro i tempi stabiliti

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	CCICA	DAPS	UOC DMO	Risk Manager	D1 e D2	UOC ISP	UOSD ADI	DS
Costituzione del Gruppo di Lavoro	C	C	C	R	C	C	C	I



Riscontri a CRRC	C	C	C	R	C	C	C	I
Recepimento aziendale del documento di indirizzo	C	C	R	C	C	C	C	C

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

**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).**

**ATTIVITÀ 5** – Conduzione degli obiettivi e delle attività del PAP Asl Rieti – PRP 2022-2025 - PP10  
Come da indicazione del CRRC (nota prot. 124752 del 02/02/2023).

**INDICATORE:** elaborazione Piano, conduzione obiettivi, relazione annuale

**STANDARD:** SI

**FONTE:** UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, UOC DMO

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	UOC DMO	GOAS	CCICA	Dipartimento di Prevenzione	DS
Elaborazione Piano attività 2023 del PP10	R <sup>6</sup>	R <sup>6</sup>	C	C	C	I
Conduzione degli obiettivi	R <sup>6</sup>	R <sup>6</sup>	C	C	C	I
Relazione annuale	R <sup>6</sup>	R <sup>6</sup>	C	C	C	I

<sup>6</sup> entrambi i Responsabili delle Strutture UOC Risk e DMO sono i Referenti aziendali del PP10

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

**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).**

**ATTIVITÀ 6** – Monitoraggio del grado di conoscenza e di effettiva applicazione della procedura di prevenzione e sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (nota del CRRC prot. 124752 del 02/02/2023).

**INDICATORE:**

Realizzazione di almeno un **AUDIT INTERNO** nel Dipartimento Chirurgico sulla procedura "PROCEDURA DI PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO".



<b>STANDARD: SI</b>							
<b>FONTE: UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, UOC DMO</b>							
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>							
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>UOC DMO</b>	<b>Coord. GOAS</b>	<b>CCICA</b>	<b>DAPS</b>	<b>Direttore Dipartimento Chirurgico e UU.OO. Dipartimento Chirurgico</b>	<b>UOC Politiche del Farmaco e DM</b>
Monitoraggio conoscenza e applicazione "Procedura di prevenzione e sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico" tramite Audit Interno	C	C	C	C	C	R	C

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

<b>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).</b>								
<b>ATTIVITÀ 7 – Monitoraggio dei consumi annuali delle molecole ad azione antimicrobica (nota del CRRC prot. 124752 del 02/02/2023).</b>								
<b>INDICATORE: Reportistica semestrale e annuale elaborata in DDD/giornate di degenza.</b>								
<b>STANDARD: SI</b>								
<b>FONTE: UOC Politiche del Farmaco e DM</b>								
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>								
<b>Azione</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>UOC DMO</b>	<b>Coord. GOAS</b>	<b>CCICA</b>	<b>DS</b>	<b>Direttori Dipartimento Medico e Chirurgico</b>	<b>D1 e D2</b>	<b>UOC Politiche del Farmaco e DM</b>
Monitoraggio dei consumi ed elaborazione reportistica	I	I	I	I	I	I	I	R

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

## 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS 2023 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del documento all'interno del Collegio di Direzione;
- Pubblicazione del documento sulla home page del sito aziendale;
- Pubblicazione del documento nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- Iniziative di diffusione del PARS 2023 a tutti gli operatori attraverso i momenti di partecipazione del Risk Manager ai corsi aziendali organizzati internamente e che vedono il coinvolgimento dello stesso in qualità di Relatore/Docente.

Il documento, in formato pdf nativo, verrà inviato entro il 28 febbraio 2023 all'indirizzo [crcc@regione.lazio.it](mailto:crcc@regione.lazio.it) per il caricamento sul cloud regionale.

## 9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

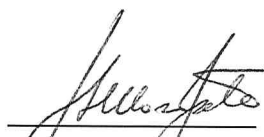


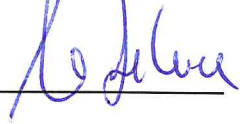
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 - Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
- Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica. Nota Prot. 124752 del 02/02/2023 “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS);
- Legge 8 marzo n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
- Regione Lazio - Deliberazione 21 dicembre 2021, n. 970 Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 – PP10;
- Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta n. U00563 del 24/11/2015, Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA),
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U.0388434 del 22-07-2016;
- Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021, n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 settembre 2022 in via informale e, formalmente, il 30 novembre 2022;
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione n. G00642 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo sul consenso informato”;
- Determinazione 6 novembre 2022, n. G15198 Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016;

- Determinazione G16501 del 28 novembre 2022, Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";
- AIFA - gennaio 2023 – Manuale antibiotici AWaRe (Access, Watch, Reserve);
- Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20delle%20cure&area=qualita](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20delle%20cure&area=qualita)
- AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente <http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente>
- Regione Lazio Centro Regionale Rischio Clinico <https://www.regione.lazio.it/enti/salute/centro-regionale-rischio-clinico>
- Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica <https://www.epicentro.iss.it/>



	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE 2023          PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PN/110/02/2023 Del 14/02/2023 Pag. 1 di 9

**U.O.C. RISK MANAGEMENT,  
 QUALITÀ DEI PROCESSI E AUDITING**

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
Direttore f.f. U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing Dott.ssa Antonella Stefania Morgante		U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing  Dott.ssa Antonella Stefania Morgante	Direzione Sanitaria Aziendale  Dott.ssa Assunta De Luca
Direttore DAPS Dott.ssa Agnese Barsacchi			

*Il presente documento è esclusivamente per uso interno. Per l'utilizzo esterno occorre chiedere l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria.*


**Gruppo di lavoro:**

Dott.ssa Antonella Stefania Morgante – Direttore f.f. U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing  
 Dott.ssa Agnese Barsacchi – Direttore DAPS  
 Dott. Alessandro Aguzzi – Coordinatore Direzione/Segreteria UOC GPA  
 Dott.ssa Sandra Tozzi – Dirigente DAPS  
 Dott.ssa Rita De Mari – Infermiera ICA UOC DMO  
 Dott.ssa Cristina Graziani – Staff UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing  
 Dott.ssa Cinzia Pitti – Staff UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE 2023          PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PN/110/02/2023 Del 14/02/2023 Pag. 2 di 9

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. MODALITA' OPERATIVE.....	5
5. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	8

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE 2023          PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PN/110/02/2023 Del 14/02/2023 Pag. 3 di 9

## 1. PREMESSA

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. Costituiscono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale: ospedali per acuti, day hospital/day surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali, ecc. Le ICA hanno un impatto clinico ed economico rilevante per i servizi sanitari, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano: prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, una significativa mortalità in eccesso.

In Europa, le ICA provocano ogni anno:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza;
- 37.000 decessi attribuibili;
- 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa;
- costi stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti.



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. Anche se non tutte le ICA sono prevenibili, si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione (Infection Prevention and Control, IPC), 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.**

La corretta igiene delle mani è una delle azioni fondamentali non solo delle cosiddette "precauzioni standard", ma anche nel caso in cui sia necessario adottare precauzioni ulteriori, come quelle da contatto o droplet. La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i bundle relativi al rischio infettivo (prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, di quelle legate a catetere venoso e vescicale, della polmonite associata al ventilatore).

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



	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE 2023          PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PN/110/02/2023 Del 14/02/2023 Pag. 4 di 9

(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.

## 2. SCOPO

L'obiettivo del documento è quello di pianificare, a livello aziendale, le attività di miglioramento necessarie per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS<sup>1</sup>, delle indicazioni del documento "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani 2021-2023" ed in continuità con quanto fatto negli anni 2021 e 2022.



## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il documento è rivolto alle direzioni delle Strutture e agli esercenti le professioni sanitarie dell'Azienda Sanitaria Locale Asl Rieti e trova applicazione anche in tutte le Strutture sanitarie e socio-sanitarie della Asl Rieti.

Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, dei professionisti e delle Strutture aziendali.

NB: Le indicazioni contenute nel documento non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.

<sup>1</sup> I documenti e le immagini prodotti dall'OMS e utilizzati per il documento sono stati tradotti e adattati al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE 2023          PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PN/110/02/2023 Del 14/02/2023 Pag. 5 di 9

#### 4. MODALITA' OPERATIVE

Per il terzo anno consecutivo il Piano di Azione Locale 2023 della Asl Rieti prevede azioni di miglioramento finalizzate a consolidare la cultura della sicurezza e della consapevolezza della corretta pratica dell'igiene delle mani. Le azioni di miglioramento riguardano diversi ambiti dell'organizzazione quali: attività di comunicazione/informazione permanente, attività di formazione del personale, attività di monitoraggio e di implementazione e costituiscono il completamento delle attività aziendali del triennio di applicazione del Piano.

##### 4.1 COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE PERMANENTE



Permettere al personale ed all'utenza di fruire facilmente ed in qualsiasi momento delle informazioni di base relative alle procedure di igiene delle mani. Queste attività sono state già adottate a partire dal 2021.

- a) **Affissione di infografica** relativa alla corretta igiene delle mani presso tutti i punti di lavaggio<sup>2</sup>
- b) **Pubblicazione sul sito aziendale dell'infografica OMS per il lavaggio delle mani:** immagini esplicative delle fasi necessarie al corretto lavaggio delle mani con acqua e sapone e con gel idro-alcolico.
- c) **Pubblicazione sul sito aziendale di due procedure video:** 1) come lavare le mani con acqua e sapone 2) come lavare le mani con gel idroalcolico.
- d) **Informazione ai pazienti e/o utenza:** Promozione della giornata mondiale sull'igiene delle mani del 5 maggio con affissione di infografica, allestimento di desk informativi e divulgativi e/o distribuzione di materiali informativi e/o gadget commemorativi della giornata presso le principali sedi della Asl Rieti.

##### 4.2 FORMAZIONE

<sup>2</sup> Infografica OMS sui 5 momenti della corretta igiene delle mani. <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day>



	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE 2023          PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PN/110/02/2023 Del 14/02/2023 Pag. 6 di 9

La formazione specifica sull'igiene delle mani resta un cardine fondamentale dei Piani di azione Locale 2021 e 2022, nonché del presente Piano di Azione per il 2023. In particolare nel 2023 si prevede:

- a) **Formazione obbligatoria in modalità FAD per gli operatori non ancora formati e/o neoassunti;**
- b) **Formazione FAD per gli studenti tirocinanti dei CdL delle Professioni Sanitarie vari profili, con estensione ai nuovi CdL in partenza per l'A.A. 2022-2023** (Infermieri Università Cattolica, Igienisti dentali e Fisioterapisti Università Sapienza, Logopedisti Università Sapienza a.a. 2023-2024);
- c) **Formazione FAD per il personale amministrativo** (in primis quello operante all'interno delle strutture sanitarie) – azione di implementazione rispetto agli anni precedenti;
- d) **Formazione sul campo per gli operatori sul corretto utilizzo del gel idroalcolico attraverso un percorso guidato e l'utilizzo di un box pedagogico;**
- e) **Coinvolgimento delle RSA nei percorsi di formazione.**

#### 4.3 AZIONI DI MONITORAGGIO

A partire dal 2021 è stato adottato dalla Asl Rieti un sistema di monitoraggio per verificare la effettiva e corretta applicazione delle procedure di igienizzazione delle mani mediante Osservazione diretta delle attività svolte dagli operatori sanitari nei punti di assistenza, così come richiesto dal Documento di indirizzo della Regione Lazio "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani 2021-2023"

Sono stati inoltre proposti ai sanitari due tipologie di questionari. Un primo questionario valutativo delle Conoscenze ed un secondo questionario relativo alla Percezione del sanitario sull'importanza dell'igiene delle mani come prevenzione delle ICA (2021 e 2022). Nel 2022 è stato inoltre introdotto anche un monitoraggio del consumo di gel idroalcolico mirato sulle unità operative oggetto delle Osservazioni.

Nel 2023 si prevedono le seguenti azioni di monitoraggio:

- a) **Osservazioni sul campo sulla corretta pratica dell'igiene delle mani** durante le attività assistenziali. Al fine di un confronto omogeneo le osservazioni verranno ripetute sullo stesso campione di 16 unità operative del 2022 introducendo anche l'Hospice;
- b) **Consumo di gel idroalcolico:** verifica dei consumi di gel idroalcolico sulla base della reportistica UOC Politiche del Farmaco con focus sui consumi in area critica (Rianimazione, Utic, e area interventistica cardiologica, area degenza medica e

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE 2023          PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PN/110/02/2023 Del 14/02/2023 Pag. 7 di 9

chirurgica). Nel caso in cui venga attivato il gestionale Regionale previsto, lo alimenteremo con i dati ASL Rieti;



- c) **Autovalutazione<sup>3</sup> delle strutture aziendali riguardanti i 5 elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani** come da linee guida del Piano Regionale per l'igiene delle mani 2021-2023 (che stabilisce un target di livello minimo per il 2023 corrispondente 3-livello intermedio). I questionari autovalutativi sono stati già stati somministrati nel 2021 per valutare il posizionamento iniziale della Asl Rieti ed impostare la pianificazione delle azioni necessarie al miglioramento. Nel 2023 verranno riproposti ai Direttori/Responsabili di UUOO/strutture per valutare i seguenti macro ambiti:
- i. Requisiti strutturali e tecnologici
  - ii. Formazione del personale
  - iii. Monitoraggio e feedback
  - iv. Comunicazione permanente
  - v. Clima organizzativo e commitment aziendale

#### 4.4 AZIONI DI IMPLEMENTAZIONE

Rispetto al Piano di azione dell'anno precedente è prevista l'implementazione delle seguenti attività:

- a) **Aggiornamento della procedura aziendale igiene delle mani;**
- b) **Formazione in presenza** rivolta a Coordinatori, Osservatori, Direttori Didattici Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie e coordinatori RSA riguardo illustrazione ed utilizzo di un box didattico per l'igiene delle mani e sull'importanza dell'utilizzo del gel idroalcolico (vedi diminuzione consumi del gel idroalcolico osservata nel corso del 2022);
- d) **Addestramento sul campo per gli operatori sanitari:** dimostrazioni pratiche sul campo e verifica della corretta igiene delle mani con il gel idroalcolico mediante il box didattico;
- e) **Estensione del corso Fad sull'igiene delle mani per gli studenti dei nuovi CdL A.A. 2022-23** Infermieri della Università Cattolica e Fisioterapia, Igienisti Dentali della Università Sapienza; (seguiranno i nuovi corsi che verranno istituiti nell'A.A. 2023-24) e al personale delle RSA;

<sup>3</sup>WHO - Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions dell'OMS


	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE 2023          PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PN/110/02/2023 Del 14/02/2023 Pag. 8 di 9

- f) **Formazione FAD per il personale amministrativo** illustrante le corrette procedure di lavaggio delle mani con acqua e sapone e di lavaggio con gel idroalcolico;
- g) **Istituzione del premio “Campione dell’Igiene delle mani”** alla struttura/unità operativa che avrà ottenuto la migliore performance complessiva nel corso del 2023.

## 5. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009;
2. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009;
3. Template Action Plan, WHO, 2009;
4. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010;
5. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework Inadequate/Basic Results, WHO, 2012;
6. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012;
7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012;
8. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34;
9. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all’assistenza e sull’uso di antibiotici negli ospedali per acuti –Protocollo ECDC”. Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018;
10. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6;
11. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. American Journal of Infection Control, 1991,19:243-249;
12. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2005, 26:316-320;



	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE 2023          PER L'IGIENE DELLE MANI</b>	PN/110/02/2023 Del 14/02/2023 Pag. 9 di 9

13. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2004, 25:262-264;
14. Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009;
15. Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017
16. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 Mar;
17. Wałaszek MZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, *Journal of Hospital Infection* (2018);
18. Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica  
<https://www.epicentro.iss.it/>
19. <http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica>
20. Determinazione Regione Lazio - Salute e integrazione sociosanitaria n. G16501 del 28/11/2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";
21. Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021, n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".