


San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

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

**Anno 2024**

*Redatto da: Risk Manager San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate*

## PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024

FUNZION	NOME	FIRMA	DATA
<b>REDAZIONE</b>	<i>Risk Manager</i> <i>San Raffaele S.p.A. e</i> <i>Società Controllate e</i> <i>Collegate</i>		15/03/2024
	Dott.ssa Amalia ALLOCCA		
<b>APPROVAZIONE E VALIDAZIONE</b>	<i>Legale Rappresentante</i> <i>della Capogruppo</i> <i>San Raffaele S.p.A.</i>  Dott. Carlo Trivelli	<b>Firmato digitalmente da</b> <b>CARLO TRIVELLI</b>	
		<b>CN = CARLO TRIVELLI C = IT</b>	

## Indice

1. PREMESSA .....	4
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....	5
<b>2.1. Gestione del rischio infettivo .....</b>	<b>7</b>
<b>2.1.1. Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1.2. Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1.3. Isolamento dei pazienti infettivi e dispenser di gel idroalcolico .....</b>	<b>12</b>
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	13
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA .....	17
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	18
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	20
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ .....	21
<b>7.1. Obiettivi.....</b>	<b>21</b>
<b>7.2. Attività.....</b>	<b>21</b>
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....	24
<b>8.1. Obiettivi.....</b>	<b>24</b>
<b>8.2. Attività.....</b>	<b>25</b>
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO .....	28
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	28
<b>10.1. Riferimenti normativi.....</b>	<b>28</b>
<b>10.2. Bibliografia e sitografia.....</b>	<b>30</b>

## 1. PREMESSA

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), due documenti che, oltre a rappresentare espressione del commitment regionale, consentono alle Strutture di rendere pubblica la propria policy su questi temi. Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, a distanza di oltre sei anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, si ritiene opportuno rivedere il contenuto dei due documenti sopra citati, unificandone il contenuto in un unico Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) con l'obiettivo di:

- Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti alla qualità e alla sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR);
- Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;
- Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del *risk assessment*.

Questo anche al fine di concentrare l'attenzione e le risorse delle Strutture sugli aspetti qualificanti e rilevanti della gestione del rischio, evitando l'elaborazione di documenti volti più al mero rispetto di un adempimento formale che non alla implementazione di una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita.

Per raggiungere questi obiettivi, il presente documento, sentito il CRRC, è stato unificato e ricomprende sia la sezione riguardante le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie e post-acuzie, che quella relativa alle strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale e le strutture di assistenza

## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

territoriale extra-ospedaliera (Allegati A e B del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)”).

Nel primo caso il documento procede sostanzialmente alla semplice fusione dei precedenti PARM e PAICA, definendo in maniera ancora più puntuale i ruoli e le responsabilità. Relativamente alle strutture di assistenza extraospedaliera, invece, il documento tiene conto delle differenze non secondarie relative ai ruoli e alle responsabilità per come previsti dalla normativa di autorizzazione e di accreditamento. Questo ha comportato una semplificazione della matrice dei ruoli e delle responsabilità e la riduzione del numero minimo di attività mandatorie da prevedere ogni anno.

## 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Gruppo di Strutture del Gruppo San Raffaele . rappresenta da tempo, nel campo della tutela della salute, della ricerca scientifica e dell’assistenza, una realtà leader in continua evoluzione.

Nel corso degli anni il San Raffaele (SR) ha saputo tradurre il concetto di assistenza sanitaria in veri e propri standard di eccellenza realizzando una rete di strutture e di servizi che pongono legittimamente la Holding tra le prime realtà del settore in Italia.

L’obiettivo dell’eccellenza in sanità è stato perseguito dal SR con determinazione fin dagli inizi degli anni Ottanta attraverso la selezione delle più avanzate tecnologie e di una classe di specialisti di assoluta professionalità.

In pochi anni è stato rivoluzionato l’approccio alla riabilitazione in tutti i suoi molteplici aspetti: neuromotorio, cardiovascolare, respiratorio, otorinolaringoiatrico, geriatrico e pediatrico, inserendo in quel contesto un valore aggiunto di notevole interesse scientifico e clinico. A sostegno di tali attività sono presenti anche servizi/prestazioni di Medicina Interna, Cure Psichiatriche e Cure Palliative, volte a garantire la sicurezza delle cure e la centralità del paziente.

Tra le Strutture del Gruppo San Raffaele rientra anche l’IRCCS San Raffaele, struttura sanitaria specializzata in riabilitazione. In data 01/02/1995 ha ottenuto il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per la disciplina della riabilitazione motoria e sensoriale. La missione dell’Istituto riguarda l’area della riabilitazione motoria e sensoriale in differenti aree (Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, Ortopedia, Pediatria/disabilità dello sviluppo).

Considerando le Strutture del Gruppo collocate in varie zone della Provincia di Roma e della Regione Lazio, qui di seguito:

- IRCCS San Raffaele
- San Raffaele Cassino
- San Raffaele Monte Mario
- San Raffaele Montecompatri
- San Raffaele Nepi

## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

- San Raffaele Portuense
- San Raffaele Rocca Di Papa
- San Raffaele Viterbo
- RSA San Raffaele Borbona
- RSA San Raffaele Flaminia
- RSA San Raffaele Sabaudia
- RSA San Raffaele Trevignano
- RSA Villa Grazia
- Medica Group

Il contesto organizzativo e strutturale del San Raffaele. è rappresentato in maniera aggregata (Tabella 1).

Le Risorse Umane dedicate all'espletamento di tali attività sono complessivamente pari a 2265 unità, con profili professionali diversi che svolgono il loro servizio a vario titolo.

*Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività (dato aggregato San Raffaele .)*

*Fonte: Controllo di gestione, estrazione al 31/12/2023.*

<b>GRUPPO SAN RAFFAELE (REGIONE LAZIO)</b>			
<b>RISORSE UMANE – Totale: 2.395</b>			
<b>Medici</b>			246
<b>Infermieri</b>			655
<b>Riabilitatori</b>			431
<b>Tecnici sanitari</b>			54
<b>Operatori assistenziali</b>			439
<b>Personale di sostegno</b>			54
<b>Ausiliari</b>			68
<b>Amministrativi</b>			248
<b>Altri</b>			218
<b>Laureati speciali</b>			93
<b>DATI STRUTTURALI</b>			
<b>Posti letto ordinari</b>	1.855	<b>Medicina</b>	75
		<b>Riabilitazione Neuromotoria</b>	411
		<b>Unità Spinali</b>	25

San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

		Riabilitazione Respiratoria	67
		Riabilitazione Cardiocircolatoria	82
		Riabilitazione Pediatrica	10
		Unità Neuro-riabilitativa alta intensità (cod. 75)	20
		Lungodegenza Medica	184
		Psichiatria Residenziale	60
		Hospice Residenziale	83
		Riab. ex Art. 26 – residenziale	89
		Alzheimer Ordinario	70
		Casa Protetta	15
		RSA	664
Posti letto diurni	588	Riab. ex Art. 26 – semi-residenziale	35
		Riab. ex art. 26 – non residenziale	439
		Riabilitazione Neuromotoria DH	48
		Riabilitazione Cardiocircolatoria DH	10
		Riabilitazione Respiratoria DH	1
		Alzheimer Diurno	35
		Resid. Sanitaria Assistenziale Diurno	20
Domiciliare	330	Hospice domiciliare	330
<b>DATI DI ATTIVITÀ</b>			
Ricoveri ordinari (giornate erogate)	597.501	Domiciliare (giornate erogate)	118.295
Accessi DH	31.585	Accessi non residenziali – diurno e semiresidenziale (giornate erogate)	76.552
Prestazioni ambulatoriali erogate (escluso laboratorio)	60.634		

### 2.1. Gestione del rischio infettivo

L'effetto della progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, che da una parte garantiscono la sopravvivenza a pazienti ad alto rischio di infezioni e dall'altra consentono l'ingresso dei microrganismi anche in sedi corporee normalmente sterili, assieme all'emergenza di ceppi batterici

## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

resistenti agli antibiotici dovuti al largo uso di questi farmaci a scopo profilattico o terapeutico, ha determinato una crescente attenzione verso le infezioni ospedaliere.

Si definiscono tali le infezioni insorte dopo le 48h dal ricovero in ospedale e che al momento dell'ingresso non sono manifeste clinicamente, né sono in incubazione. Esse rientrano tra le complicanze più gravi e frequenti in ambito di assistenza sanitaria.

A partire dagli anni Novanta sono aumentate le prestazioni sanitarie erogate in setting extra-ospedaliero (residenze sanitarie assistite per anziani, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale). Da qui la necessità di estendere il concetto di infezione ospedaliera a tutti i setting assistenziali, parlando non più di infezioni ospedaliere ma di Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria e sociosanitaria (ICA).

Le persone a rischio di contrarre un'infezione correlata all'assistenza sono innanzitutto i pazienti e, con minore frequenza, il personale ospedaliero, gli assistenti volontari, gli studenti e i tirocinanti. Tra le condizioni che aumentano la suscettibilità alle infezioni ci sono:

- età (neonati, anziani);
- altre infezioni o gravi patologie concomitanti (tumori, immunodeficienza, diabete, anemia, cardiopatie, insufficienza renale);
- malnutrizione;
- traumi e ustioni;
- alterazioni dello stato di coscienza;
- trapianti d'organo.

I principali meccanismi di trasmissione delle ICA sono:

- contatto diretto tra una persona sana e una infetta, soprattutto tramite le mani;
- contatto tramite le goccioline emesse nell'atto del tossire o starnutire da una persona infetta a una suscettibile che si trovi a meno di 50 cm di distanza;
- contatto indiretto attraverso un veicolo contaminato (per esempio endoscopi o strumenti chirurgici);
- trasmissione dell'infezione a più persone contemporaneamente, attraverso un veicolo comune contaminato (cibo, sangue, liquidi di infusione, disinfettanti, ecc.);
- via aerea, attraverso microrganismi che sopravvivono nell'aria e vengono trasmessi a distanza.

Circa l'80% di tutte le ICA riguarda quattro sedi principali: tratto urinario, ferite chirurgiche, apparato respiratorio, infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere. Tuttavia, negli ultimi quindici anni si sta assistendo a un calo di questo tipo di infezioni (insieme a quelle della ferita chirurgica) e a un aumento delle batteriemie e delle polmoniti.

I microrganismi principalmente coinvolti variano nel tempo. Fino all'inizio degli anni Ottanta, le infezioni ospedaliere erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (per esempio, *E. coli* e *Klebsiella pneumoniae*). Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari di materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da gram-positivi (soprattutto



## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

Enterococchi e *Staphylococcus epidermidis*) e quelle da miceti (soprattutto Candida), mentre sono diminuite quelle sostenute da gram-negativi.

Tra i batteri gram-positivi, quelli con maggiore resistenza agli antibiotici sono *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (oxacillina), gli pneumococchi resistenti ai beta-lattamici e multiresistenti, gli enterococchi vancomicina-resistenti. Tra i gram-negativi, le resistenze principali sono le beta-lattamasi a spettro allargato in *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, la resistenza ad alto livello alle cefalosporine di terza generazione tra le specie di Enterobatteri *Citrobacter freundii*, le multi-resistenze osservate in *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* e *Stenotrophomonas maltophilia*.

L'emergenza mondiale causata dalla rapida diffusione delle Enterobacteriacee resistenti ai carbapenemi (CRE) o, più esattamente, produttrici di carbapenemasi (CPE), rappresenta il problema epidemiologico e di Sanità Pubblica più rilevante degli ultimi anni. I carbapenemi sono infatti i farmaci di riferimento per la gestione della terapia delle infezioni da Enterobatteri Gram negativi multi-resistenti per l'ampio spettro di azione, l'ottima diffusibilità a livello di organi e tessuti e la relativa limitata tossicità; è chiaro quindi come la diffusione della resistenza a queste molecole determini un'emergenza mondiale.

Anche in Italia negli ultimi anni si stanno diffondendo batteri Gram-negativi, appartenenti soprattutto alla famiglia degli Enterobatteri (*Escherichia coli*, *Serratia marcescens*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, ecc.) e alla specie *Klebsiella pneumoniae*, che risultano resistenti ai carbapenemi (es. imipenem e meropenem).

Gli Enterobatteri produttori di carbapenemasi sono frequentemente causa di infezioni, sia in ambito ospedaliero che comunitario e la loro progressiva diffusione rende problematico il trattamento dei pazienti.

Inoltre, a partire dal 1988, sono state segnalate negli Stati Uniti numerose epidemie di tubercolosi multi-resistente in ospedale fra pazienti sieropositivi. Negli anni Novanta segnalazioni simili sono state riportate anche in Europa (Italia, Gran Bretagna, Francia, Spagna), tutte accomunate da una letalità elevatissima (72-90%), da un intervallo breve tra esposizione e sviluppo della malattia e tra diagnosi e decesso. La tubercolosi multi-resistente rappresenta un rischio consistente per gli Operatori sanitari.

In ultimo, la pandemia da Coronavirus COVID-19, che ha interessato anche l'Italia a partire dal 2020, ha messo a dura prova la comunità scientifica e gli operatori sanitari e di assistenza, imponendo l'applicazione di misure stringenti atte a contenere i contagi, in particolar modo nelle strutture sanitarie.

Non tutte le infezioni correlate all'assistenza sono prevenibili: è, quindi, opportuno sorvegliare selettivamente quelle che sono attribuibili a problemi nella qualità dell'assistenza. In genere, si possono prevenire le infezioni associate a determinate procedure, attraverso una riduzione delle procedure non necessarie, la scelta di presidi più sicuri, l'adozione di misure di assistenza al paziente che garantiscano condizioni asettiche.

## **San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate**

Le ICA hanno un costo sia in termini di salute che economici, sia per il paziente che per la Struttura. Da qui la necessità di adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire o controllare la trasmissione di infezioni ospedaliere ed extraospedaliere. Occorre pianificare e attuare programmi di controllo a diversi livelli (nazionale, regionale, locale) per garantire la messa in opera di quelle misure che si sono dimostrate efficaci nel ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive.

Il piano annuale per la gestione del rischio infettivo del Gruppo San Raffaele, è conforme alla Determinazione N.G00643 del 25/01/2022 della Regione Lazio, avente ad oggetto l'adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".

Con il PARS 2024 vengono definiti gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale al fine di garantire la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e, in definitiva, contribuire al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

### **2.1.1. Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza**

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) del Gruppo San Raffaele ha il compito di vigilare e di presidiare tutti gli aspetti relativi alla sorveglianza e al controllo delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale, nonché di supportare le attività e promuovere le best practice finalizzate al loro contenimento. Le attività si esplicano attraverso la verifica di tutti i casi rilevabili dal sistema di sorveglianza dei Laboratori Analisi, dai sistemi di sorveglianza attiva (messi in essere secondo protocolli specifici presso alcuni settori di ricovero), nonché dai sistemi di sorveglianza obbligatori, previsti da circolari ministeriali, quali la sorveglianza della Tuberculosis, della Legionellosi e delle infezioni causate da alcuni germi multi-resistenti (CRE).

I dati rilevati dai sistemi di sorveglianza vengono periodicamente analizzati dal Comitato per rilevare le criticità esistenti e individuare gli interventi di miglioramento più idonei a contrastare il fenomeno, nonché per valutare gli esiti di eventuali azioni preventive messe in atto nel tempo.

I dati rilevati vengono, inoltre, resi noti ai clinici per mezzo di un'attività di reporting e sono alla base, unitamente alla bibliografia internazionale di settore, della redazione di linee guida, protocolli e procedure aziendali atte al contenimento delle ICA. Il Comitato vaglia e propone azioni di miglioramento, ivi comprese le attività formative, che si rendano necessarie per controllare e ridurre la trasmissione dei microrganismi durante l'attività sanitaria.

Sono ben note le difficoltà relative alla capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, vanificandone l'efficacia. In tale contesto, il CCICA svolge anche una specifica attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza, con lo scopo di promuovere un corretto uso degli antibiotici nei diversi contesti assistenziali.

## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

Il Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza del Gruppo San Raffaele, costituito formalmente dal 23 marzo 2010, nasce con approvazione del Presidente CCICA, ai sensi della determina della Regione Lazio n. G00163 dell'11 gennaio 2019.

Il CCICA ha la funzione specifica di fornire le linee di indirizzo per garantire un efficace controllo delle infezioni correlate all'assistenza in tutte le strutture del Gruppo San Raffaele, anche sulla base delle più recenti evidenze scientifiche e Linee Guida in materia. Esso si riunisce con cadenza semestrale al fine di analizzare la reportistica pervenuta dalle singole strutture del Gruppo San Raffaele, e di proporre eventuali azioni correttive. Il CCICA collabora, con cadenza annuale, alla redazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS).

*Tabella 2 – Composizione del CCICA, Comitato valutazione Sinistri San Raffaele*

<b>COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA</b>	
<b>Data di costituzione</b>	23/03/2010
<b>Composizione del CCICA</b>	Risk Manager (Presidente)
	Medico specialista in Malattie infettive
	Responsabile del servizio Laboratorio Analisi
	Biologo
	Responsabile Logistica centrale
	Farmacista
	Medico Competente
	RSPP di Struttura (in qualità di esperti)
	Direttori Sanitari e Medici Responsabili delle Strutture afferenti (in qualità di esperti)
	Dirigenti Professioni Sanitarie delle Strutture afferenti (in qualità di esperti)

<b>COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI</b>	
<b>Composizione del CVS</b>	Dott. Francesco Monastero, <b>Presidente del Comitato Valutazione Sinistri</b>
	Prof. Massimo Fini, <b>Direttore Scientifico</b>
	Dott.ssa Amalia Allocca, <b>Risk Manager</b>
	Dott. Saverio Celletti, <b>Direttore Sanitario</b>
	Dott.ssa Mariateresa Panici, <b>Medico Legale</b>
	Dott. Marco Cannavici, <b>Medico Legale</b>

## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

	Prof. Nicola Petrosillo, <b>Infettivologo</b>
	Avv. Gianluca Uva, <b>Responsabile Ufficio</b>

All'interno di ogni struttura del Gruppo San Raffaele, è presente Gruppo Operativo interno per il controllo delle ICA.

Il Gruppo Operativo ha lo scopo di garantire, a livello di singola Struttura, la sorveglianza continua sulle ICA attraverso le indagini di eventi epidemici, l'applicazione delle misure di prevenzione e controllo, l'azione sui comportamenti del personale e la rilevazione periodica dei dati, proponendo eventuali azioni correttive. Esso, inoltre, è responsabile della informazione e educazione del personale di assistenza e della realizzazione di eventi formativi finalizzati al controllo delle infezioni correlate all'assistenza. È compito del Gruppo Operativo fornire al Risk Manager e al CCICA una reportistica su base semestrale dell'attività di sorveglianza svolta.

*Tabella 3 – Composizione dei Gruppi Operativi San Raffaele*

<b>GRUPPI OPERATIVI PER IL CONTROLLO DELLE ICA</b>	
<b>Composizione dei Gruppi Operativi</b>	Medico di Direzione Sanitaria/Responsabile Medico (Coordinatore)
	Medico di area clinica
	Dirigente delle Professioni Sanitarie
	Responsabile del laboratorio analisi (ove presente)
	Referente COVID-19
	Referente CRE

### **2.1.2. Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA**

Sono costituite dalla Direzione Sanitaria/Responsabile Medico e dalla Direzione delle Professioni Sanitarie di Struttura che si avvalgono delle risorse logistiche ed economiche necessarie al controllo e alla prevenzione delle ICA, nonché di tutto il personale medico, dei biologi, dei coordinatori infermieristici e dell'ufficio logistica/farmacia. A supporto di tali attività, viene messa a disposizione dei professionisti la piattaforma informatica UNIQA-RM-ICA.

### **2.1.3. Isolamento dei pazienti infettivi e dispenser di gel idroalcolico**

Per ciascuna Struttura è garantita almeno una stanza adibita all'isolamento di pazienti infettivi. I dispenser di gel idroalcolico sono presenti e accessibili in tutte le UU.OO. e gli spazi comuni delle Strutture del Gruppo San Raffaele

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

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, tutte le Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria".

Relativamente all'anno 2023, in relazione agli eventi occorsi, ai sensi della classificazione del Ministero della Salute, sono stati segnalati n. 306 eventi. Dall'analisi delle segnalazioni è emerso che i fattori contribuenti all'evento predominante, la caduta, sono prevalentemente da ricondursi al paziente, sovente non collaborativo per mancata adesione al piano assistenziale e/o per presenza di patologie, complesse o gravi, che costituiscono esse stesse determinanti di rischio. Un dettaglio degli eventi avversi e dei risarcimenti erogati è illustrato nelle Tabelle 4-5.

**Tabella 4 – Eventi segnalati nel 2023 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017) – Dati aggregati e per singola struttura (gennaio – dicembre 2023). Fonte: Sistema informatizzato di incident reporting.**

<b>Gruppo San Raffaele (REGIONE LAZIO)</b>		
<b>Tipo di evento</b>	<b>N. (e % sul totale degli eventi)</b>	<b>N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)</b>
<b>Near Miss</b>	225 (44,3%)	12 (9%)
<b>Eventi Avversi</b>	280 (55,1%)	265 (91%)
<b>Eventi Sentinella</b>	0	0

<b>IRCCS San Raffaele</b>		
<b>Tipo di evento</b>	<b>N. (e % sul totale degli eventi)</b>	<b>N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)</b>
<b>Near Miss</b>	98 (89%)	94 (96%)
<b>Eventi Avversi</b>	12 (73,0%)	12 (100%)
<b>Eventi Sentinella</b>		

<b>San Raffaele Cassino</b>		
<b>Tipo di evento</b>	<b>N. (e % sul totale degli eventi)</b>	<b>N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)</b>
<b>Near Miss</b>	16 (57%)	16(100%)

San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

<b>Eventi Avversi</b>	12 (43%)	12 (100%)
<b>Eventi Sentinella</b>	0	0

<b>San Raffaele Monte Mario</b>		
<b>Tipo di evento</b>	<b>N. (e % sul totale degli eventi)</b>	<b>N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)</b>
<b>Near Miss</b>	0	0
<b>Eventi Avversi</b>	0	0
<b>Eventi Sentinella</b>	0	0

<b>San Raffaele Montecompatri</b>		
<b>Tipo di evento</b>	<b>N. (e % sul totale degli eventi)</b>	<b>N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)</b>
<b>Near Miss</b>	55 (75,%)	53 (96%)
<b>Eventi Avversi</b>	18 (25,0%)	18 (100%)
<b>Eventi Sentinella</b>	0	0

<b>San Raffaele Nepi</b>		
<b>Tipo di evento</b>	<b>N. (e % sul totale degli eventi)</b>	<b>N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)</b>
<b>Near Miss</b>	0 (0%)	0 (100%)
<b>Eventi Avversi</b>	4 (100%)	4 (100%)
<b>Eventi Sentinella</b>	0	0

<b>San Raffaele Portuense</b>		
<b>Tipo di evento</b>	<b>N. (e % sul totale degli eventi)</b>	<b>N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)</b>
<b>Near Miss</b>	6 (19%)	3 (50%)
<b>Eventi Avversi</b>	20 (81%)	20 (100%)
<b>Eventi Sentinella</b>	0	0

<b>San Raffaele Rocca Di Papa</b>		
-----------------------------------	--	--

San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)
Near Miss	0	0
Eventi Avversi	0	0
Eventi Sentinella	0	0

San Raffaele Viterbo		
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)
Near Miss	1 (25%)	0
Eventi Avversi	3 (75%)	0
Eventi Sentinella	0	0

RSA San Raffaele Borbona		
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)
Near Miss	25 (89%)	23
Eventi Avversi	5 (11%)	0
Eventi Sentinella	0	0

RSA San Raffaele Flaminia		
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)
Near Miss	5 (42%)	1 (20%)
Eventi Avversi	8 (58%)	3 (37,5%)
Eventi Sentinella	0	0

RSA San Raffaele Sabaudia		
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)
Near Miss	0	0
Eventi Avversi	6 (100%)	5 (83%)
Eventi Sentinella	0	0

## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

RSA San Raffaele Trevignano		
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)
Near Miss	0	0
Eventi Avversi	1 (100%)	1 (100%)
Eventi Sentinella	0	0

RSA Villa Grazia		
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)
Near Miss	0	0
Eventi Avversi	0	0
Eventi Sentinella	0	0

MEDICA GROUP		
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	N. (e % di cadute all'interno della categoria di evento)
Near Miss	0	0
Eventi Avversi	155 (100%)	29 (18%)
Eventi Sentinella	0	0

### Glossario secondo le definizioni del Ministero della Salute

**Evento Evitato (Near Miss-NM o Close Call-CC):** 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 (EA):** 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 (ES):** evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiano causato o vi abbiano contribuito, e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.



## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Di seguito la tabella riassuntiva relativa ai sinistri occorsi nel quinquennio 2017/2021.

**Tabella 5 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio 2018 – 2023 (art. 4, c. 3 della L. 24/2017) (Fonte: Ufficio affari legali).**

### GRUPPO SAN RAFFAELE

Anno	N. Sinistri definiti <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>	Note
2019	//	0	
2020	//	0	
2021	2	24.563,00	
2022	1	400.000,00	
2023	2	81.581,43	SAN RAFFELE VELLETRI Chiavarini (eredi Bianchi Mercedes) - Attività esecutiva in corso per ulteriori €.198.579,51
		200.000,00	IRCCS SAN RAFFAELE – eredi Petrucciani
<b>Totale</b>	<b>6</b>	<b>706.144,43</b>	

## 4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

L'Azienda è in regime di assicurazione, adotta, per la responsabilità civile verso terzi e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera, misure analoghe alla copertura assicurativa ai sensi dell'art. 27, comma 1-bis del Decreto-legge 24 giugno 2014, n.90, convertito con modificazioni dalla Legge 11 agosto 2014, n. 114, anche per danni cagionati dal personale a qualunque titolo operante presso la Struttura sanitaria (Fonte: Ufficio Affari Legali).

## 5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Vengono di seguito riportate le attività svolte a livello aziendale nell'anno 2023 relativamente al Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS).

*Tabella 6 – Resoconto delle attività pianificate per la gestione del rischio (PARS 2023)*

<b>OBIETTIVO A) Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure</b>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>ATTIVITÀ 1</b> - Diffusione del report annuale di Incident Reporting dalla piattaforma UNI QA commentato e con relative azioni correttive e di miglioramento.	si	Il sistema informatizzato di segnalazione di eventi è alimentato da tutte le strutture. Nel 2023 sono stati segnalati 477 eventi.

<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>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>ATTIVITÀ 2</b> – Aggiornamento e informatizzazione della scheda di rilevazione delle cadute all'interno del sistema di Incident reporting.	SI	E' stata aggiornata la scheda informatizzata su Uniqa a giugno 2023
<b>ATTIVITÀ 4</b> - Ridurre gli eventi avversi mediante il monitoraggio degli stessi con il sistema di Incident reporting e relativa piattaforma UNI-QA e l'individuazione di azioni correttive con successiva verifica di efficacia	SI	L'analisi dei dati viene fatto mensilmente dal risk manager al fine di effettuare azioni correttive efficaci
<b>ATTIVITÀ 5</b> – Organizzazione di 1 ciclo di Internal Audit sul Rischio clinico	SI	L'Audit è stata condotta ad Aprile 2023 indicando come periodo da analizzare Marzo 2023 . Hanno partecipato 30 Unità operative. I risultati sono stati presentati da Risk Manager a tutti i Direttori sanitari

San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

**OBIETTIVO C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>ATTIVITÀ 3-</b> Organizzazione di un corso di formazione sulla relazione di aiuto	SI	Il corso è stato erogato a dicembre 2023 12 partecipanti

*Tabella 7 – Resoconto delle attività pianificate per la gestione del rischio infettivo (PARS 2023)*

**OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<b>ATTIVITÀ 1:</b> Corso di formazione sul corretto uso degli antibiotici: The WHO AWaRe Antibiotic Book	SI	Il corso è stato erogato a dicembre 2023 – 20 partecipanti
<b>ATTIVITÀ 2:</b> Aggiornamento e Armonizzazione procedure riguardanti l'antibioticoresistenza	SI	Le procedure riguardanti le infezioni sono state valutate come adeguate alle modalità di lavoro.

**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	Realizzata	Stato di attuazione
<b>Attività 3:</b> Avvio di rilevazione sulla corretta igiene delle mani presso le Strutture Sanitarie attraverso la piattaforma informatizzata UNI-QA	SI	Il modulo per il monitoraggio della corretta igiene delle mani è stato implementato sulla piattaforma elettronica.

## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

Attività 4: Somministrazione del questionario di autovalutazione nell'ambito del piano di intervento locale sull'Igiene delle Mani	In corso	Le valutazioni sono in fase di erogazione
--	----------	---

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 resistenti ai carbapenemi (CRE).		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 5: Indagine di prevalenza 2023	SI	L'indagine è stata erogata dal 13 al 18 febbraio. Le risultanze sono state presentate da Risk Manager a tutti i direttori sanitari

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

1. **Risk Manager**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. **Direttore Sanitario/Presidente del CCICA**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
3. **Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali**: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
4. **Direzione Strategica/Proprietà della Struttura**: si impegna a adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

*Tabella 8 –Matrice delle responsabilità*

<b>AZIONE</b>	<b>Direttore Sanitario/ Presidente CCICA</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Responsabile UO Affari Legali/Generali</b>	<b>Direttore Generale/Proprietà</b>	<b>Direttore Sanitario (1)</b>	<b>Direttore Amministrativo</b>	<b>Strutture di supporto</b>
Redazione PARS (eccetto: Tabella 6 del punto A2; punti A3 e A7)	C	R	C	C	C	C	-
Redazione Tabella 6 del punto A2 e del punto A3	C	C	R	I	C	C	-
Redazione punto A7	R	C	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto A7)	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio punto A7	R	C	I	I	C	I	C

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

(1) Ove non coincida con il Presidente CCICA.

## 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 7.1. Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- 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.

### 7.2. Attività

<b>OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</b>
<b>ATTIVITÀ 1</b> - Diffusione del report annuale di Incident Reporting dalla piattaforma UNI QA commentato e con relative azioni correttive e di miglioramento.
<b>INDICATORE</b> Emissione e diffusione del report annuale.

**San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate**

**STANDARD**

Completezza del report e delle azioni con frequenza annuale.

**FONTE**

Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	DS/Medico Responsabile
Registrazione sulla piattaforma informatica UNI QA degli eventi	I	R
Monitoraggio continuo degli eventi tramite "report" disponibili su piattaforma informatica UNI-QA	R	C/I
Elaborazione di "report" annuale sugli eventi registrati, con commento relativo all'andamento	R	C/I
In base alle risultanze del monitoraggio, analisi e valutazione degli eventi registrati nel periodo di riferimento, definire pianificare e mettere in atto azioni correttive e di miglioramento anche tramite la piattaforma UNI-QA.	R	C

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

**OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure**

**ATTIVITÀ 2** – Implementare le nuove strutture del gruppo all'interno della Piattaforma per il monitoraggio del Rischio clinico e infettivo UNIQA

**INDICATORE**

Implementazione software

**STANDARD**

SI

**FONTE**

Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	DS/Medico Responsabile
Implementazione software	R	C/I
Formazione strutture	R	C

**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.**

San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

**ATTIVITÀ 3** - Ridurre gli eventi avversi mediante il monitoraggio degli stessi con il sistema di Incident reporting e relativa piattaforma UNI-QA e l'individuazione di azioni correttive con successiva verifica di efficacia

**INDICATORE**  
riduzione percentuale degli eventi avversi

**STANDARD**  
Standard: riduzione almeno del 10%

**FONTE**  
Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	DS/Medico Responsabile
Elaborazione di "report" semestrali sugli eventi registrati, con relativo commento	<b>R</b>	<b>C/I</b>
In base alle risultanze del monitoraggio, analisi e valutazione degli eventi registrati nel semestre di riferimento, definire pianificare e mettere in atto azioni correttive e di miglioramento N.B. L'attuazione delle AC avverrà al superamento della soglia regionale da parte della soglia di struttura.	<b>R</b>	<b>C</b>
Avvio delle registrazioni delle azioni correttive e di miglioramento anche tramite la piattaforma informatica UNI-QA	<b>C/I</b>	<b>R</b>
Messa in atto delle azioni correttive e di miglioramento individuate	<b>C/I</b>	<b>R</b>
Verifica di efficacia delle azioni correttive e di miglioramento messe in atto	<b>R</b>	<b>C</b>
Tramite il monitoraggio degli eventi e dell'efficacia delle azioni correttive, valutazione dell'efficacia della formazione sul rischio clinico	<b>R</b>	<b>I</b>

**OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio c/o contenimento degli eventi avversi.**

**ATTIVITÀ 4** – Organizzazione di 1 ciclo di Internal Audit sul Rischio clinico

**INDICATORE**  
Realizzazione di un Internal Audit nel 2024

**STANDARD**  
Realizzazione dell'80% degli audit

**FONTE**  
Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario
--------	--------------	---------------------

Pianificazione 1 ciclo di audit	<b>R</b>	<b>C</b>
Realizzazione ciclo di internal audit	<b>R</b>	<b>C</b>
Relazione sugli esiti degli audit	<b>R</b>	<b>C</b>
Predisposizione azioni correttive	<b>R</b>	<b>C</b>

**OBIETTIVO C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.**

**ATTIVITÀ 3-** Organizzazione di un corso di formazione per adeguamenti 81/08

**INDICATORE**

Organizzazione corso di formazione

**STANDARD**

SI

**FONTE**

Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Manager	DS/Medico Responsabile	Uff. Formazione
Pianificazione Corso di formazione sulla relazione di aiuto	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>R</b>
Realizzazione Corso	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>R</b>

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

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

### 8.1. Obiettivi

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 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



## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

### 8.2. Attività

<b>OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</b>			
<b>ATTIVITÀ 1:</b> Corso di formazione antimicrobial stewardship			
<b>INDICATORE</b> Svolgimento del corso entro l'anno 2024			
<b>STANDARD</b> SI			
<b>FONTE</b> CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CCICA	Uff. Formazione	Risk Manager
Progettazione del corso	R	C	I
Accreditamento del corso	C	R	I
Esecuzione del corso	R	I	I

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

<b>OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</b>			
<b>ATTIVITÀ 2:</b> Riunire il CCICA almeno 2 volte l'anno			
<b>INDICATORE</b> Verbali di Riunione			
<b>STANDARD</b> SI			
<b>FONTE</b> CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CCICA	Risk Manager	Direzione Sanitaria
Programmazione Riunioni	C	R	C
Esecuzione 2 riunioni 2024	C	R	C

**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 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;</b>			
<b>Attività 3:</b> Rilevazione sulla corretta igiene delle mani presso le Strutture Sanitarie attraverso la piattaforma informatizzata UNI-QA e analisi dei dati			
<b>INDICATORE</b> Inserimento delle schede informatizzate corrispondenti alle opportunità rilevate			
<b>STANDARD</b> Almeno 200 opportunità per categoria professionale/struttura di piccole dimensioni			

<b>FONTE</b> CCICA				
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>				
Azione	CCICA	Personale Sanitario Responsabile del monitoraggio	Direzione sanitaria	Risk Manager
Compilazione delle schede di osservazione	C	R	I	I
Analisi dei risultati e pianificazione azioni	R	I	C	I

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

<b>OBBIETTIVO 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 resistenti ai carbapenemi (CRE).</b>		
Attività 4: Implementazione del modulo di UNIQA CRE per l'inserimento dei dati sulle infezioni da parte del laboratorio		
<b>INDICATORE</b> Implementazione modulo		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> CCICA		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
Azione	Risk Manager	Direttore Sanitario
Formazione tecnici di laboratorio sul modulo UNIQA	R	C
Monitoraggio Dati	C	R

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

<b>OBBIETTIVO 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 resistenti ai carbapenemi (CRE).</b>			
Attività 5: Indagine di prevalenza 2024			
<b>INDICATORE</b> Indagine di prevalenza dicembre 2024, report con la piattaforma UNI QA ICA			
<b>STANDARD</b> SI			
<b>FONTE</b> CCICA			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
Azione	CCICA	Risk Manager	DS/Medico Responsabile
Programmazione dell'indagine di prevalenza 2024	R	C	I

## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

Esecuzione indagine di prevalenza 2024	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Analisi e valutazione dei risultati dello studio	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Condivisione delle analisi con le strutture	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Definizione e pianificazione di eventuali azioni correttive e/o di miglioramento	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Messa in atto delle azioni correttive e/o di miglioramento	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
Valutazione dell'efficacia delle azioni correttive e/o di miglioramento	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>

## **9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO**

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività e degli interventi previsti dal PARS 2024 e per favorire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, il Risk Manager Aziendale assicura la massima diffusione del documento a tutte le Strutture attraverso la:

1. pubblicazione sul sito aziendale;
2. pubblicazione sul Portale del Lavoratore;
3. pubblicazione sul Portale della Documentazione;
4. invio tramite e-mail alla Direzione Sanitaria/Responsabile Medico di Struttura.

Sarà cura del Direttore Sanitario/Responsabile Medico di Struttura provvedere alla diffusione capillare del documento a tutti gli Operatori Sanitari.

## **10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI**

### **10.1. Riferimenti normativi**

1. 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”;
2. 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”;
3. 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”;
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
7. Circolare Ministeriale n.8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
8. 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.131”;

## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

9. Determinazione Regionale n.G04112 del 01 aprile 2014 recante “Approvazione del documento recante: ‘Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA)’”;
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio”;
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 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”;
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;
13. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
15. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
16. Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management recante “Adempimenti LEA 2017”;
17. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
18. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017”.
19. Determinazione n. G00163 2019 del 11 gennaio 2019 “Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA)".
20. Comunicazione relativa all’elaborazione del PARM 2021 della Regione Lazio U0884520 del 15/10/2020.
21. Determinazione G02044 del 26/02/2021 della Regione Lazio “Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani”.
22. Determinazione G09850 del 20/07/2021 della Regione Lazio “Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".
23. Determinazione G00643 del 25/01/2022 della Regione Lazio "Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.

## San Raffaele S.p.A. e Società Controllate e Collegate

24. Determinazione G15198 del 06/11/2022 "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.
25. Determinazione G16501 del 28/11/2022 della Regione Lazio "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".

### 10.2. Bibliografia e sitografia

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organization accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Corrado Papa, Chiara Lozupone. La Legge Gelli-Bianco. Un momento ulteriore di riflessione verso un approccio sistemico Risk – Based;
7. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017;
8. Norme ISO 9001:2015 e 19011:2019
9. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione);
10. 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);
11. AHRQ Quality Indicators: Guide to Patient Safety Indicators <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/default.aspx>;
12. Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023) (GU Serie Generale n.23 del 29-01-21- Supplemento Ordinario n.7) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/01/29/21A00476/sg>.

15/04/2024

**A: Direzione Sanitaria  
Direzione Professioni Sanitarie  
IRCCS SAN RAFFAELE**

**p.c.: Direzione Operativa  
IRCCS SAN RAFFAELE**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura IRCCS San Raffaele.**

A seguito della valutazione svolta presso la Sede "IRCCS San Raffaele" attraverso la compilazione e l'analisi dei questionari di autovalutazione, in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani, si evidenzia la necessità di provvedere all'implementazione delle misure contenute nella sezione C "Monitoraggio e feedback". Ciò al fine di raggiungere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE C**:

- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale, sia pari ad almeno il 31%.
- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.
- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.



Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso l'IRCCS San Raffaele entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il raggiungimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*





15/04/2024

**A: Direzione Medica  
Direzione Professioni Sanitarie  
RSA SAN RAFFAELE BORBONA**

**p.c.: Direzione Operativa  
RSA SAN RAFFAELE BORBONA**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura RSA San Raffaele Borbona.**

A seguito della valutazione svolta presso la Sede "RSA San Raffaele Borbona" attraverso la compilazione e l'analisi dei questionari di autovalutazione, in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani, si evidenzia la necessità di provvedere all'implementazione delle misure contenute nella sezione C "Monitoraggio e feedback". Ciò al fine di raggiungere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024.

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE C**:

- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale, sia pari ad almeno il 31%.

- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.
- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso la RSA San Raffaele Borbona entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il raggiungimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*



15/04/2024

**A: Direzione Sanitaria  
Direzione Professioni Sanitarie  
CDC SAN RAFFAELE CASSINO**

**p.c.: Direzione Operativa  
CDC SAN RAFFAELE CASSINO**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura CdC San Raffaele Cassino.**

A seguito della valutazione svolta presso la Sede "CdC San Raffaele Cassino" attraverso la compilazione e l'analisi dei questionari di autovalutazione, in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani, si evidenzia la necessità di provvedere all'implementazione delle misure contenute nella sezione C "Monitoraggio e feedback". Ciò al fine di raggiungere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024.

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE C**:

- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale, sia pari ad almeno il 31%.

C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.

- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso la CdC San Raffaele Cassino entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il raggiungimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*



15/04/2024

**A: Direzione Sanitaria  
Direzione Professioni Sanitarie  
CDC SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI**

**p.c.: Direzione Operativa  
CDC SAN RAFFAELE MONTECOMPATRI**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura CdC San Raffaele Montecompatri.**

A seguito della valutazione svolta presso la Sede "CdC San Raffaele Montecompatri" attraverso la compilazione e l'analisi dei questionari di autovalutazione, in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani, si evidenzia la necessità di provvedere all'implementazione delle misure contenute nella sezione C "Monitoraggio e feedback". Ciò al fine di raggiungere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024.

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE C**:

- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale, sia pari ad almeno il 31%.
- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.



- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso la CdC San Raffaele Montecompatri entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il raggiungimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*



15/04/2024

**A: Direzione Sanitaria  
Direzione Professioni Sanitarie  
CDC SAN RAFFAELE PORTUENSE**

**p.c.: Direzione Operativa  
CDC SAN RAFFAELE PORTUENSE**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura San Raffaele Portuense.**

A seguito della valutazione svolta presso la Sede "San Raffaele Portuense" attraverso la compilazione e l'analisi dei questionari di autovalutazione, in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani, si evidenzia la necessità di provvedere all'implementazione delle misure contenute nella sezione C "Monitoraggio e feedback". Ciò al fine di raggiungere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024.

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE B**:

- B.2.2: La Struttura dovrà adottare il piano di azione locale 2024 per l'implementazione del piano di intervento regionale dell'igiene delle mani
- B.2.3: La Struttura dovrà realizzare e diffondere a personale, pazienti, utenti e visitatori le brochure e i poster informativi per la sensibilizzazione sull'importanza di una adeguata igiene delle mani
- B.3: La Struttura dovrà identificare un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani
- B.4: La Struttura dovrà realizzare un piano per la formazione e la verifica degli osservatori

- B.5: La Struttura dovrà identificare e stanziare un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE C**:

- C.2.1: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulle indicazioni per l'igiene delle mani
- C.2.2: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulla corretta tecnica di igiene delle mani
- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale, sia pari ad almeno il 31%.
- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.
- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE E**:

- E.1.1: Dovrà essere identificato un team definito per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani



## San Raffaele S.p.A

- E.1.2: Il team dovrà incontrarsi con cadenza almeno mensile
- E.1.3: Il team dovrà avere del tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani
- E.3: La Struttura dovrà pubblicizzare e diffondere il programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio
- E.4.1: La Struttura dovrà designare delle figure in qualità di "promotori" dell'igiene delle mani
- E.4.2: La Struttura dovrà riconoscere ed utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani
- E.5.1: Dovranno essere informati i pazienti e i familiari sull'importanza dell'igiene delle mani (anche con depliant informativi)
- E.5.2: La Struttura dovrà intraprendere un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari
- E.6.2: La Struttura dovrà stabilire un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani
- E.6.3: Dovrà essere realizzato un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate
- E.6.4: Dovranno essere fornite comunicazioni regolari (ad es. newsletter, convegni, incontri, seminari) che citano la tematica dell'igiene delle mani
- E.6.5: La Struttura dovrà istituire un sistema di responsabilizzazione personale
- E.6.6: I dipendenti neoassunti dovranno ricevere adeguato affiancamento e tutoraggio sul tema dell'igiene delle mani

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso la CdC San Raffaele Portuense entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il raggiungimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*

15/04/2024

**A: Direzione Sanitaria  
Direzione Professioni Sanitarie  
CDC SAN RAFFAELE ROCCA DI PAPA**

**p.c.: Direzione Operativa  
CDC SAN RAFFAELE ROCCA DI PAPA**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della CdC San Raffaele Rocca di Papa.**

A seguito della valutazione svolta presso la Sede "San Raffaele Rocca di Papa" attraverso la compilazione e l'analisi dei questionari di autovalutazione, in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani, si evidenzia la necessità di provvedere all'implementazione delle misure contenute nella sezione C "Monitoraggio e feedback". Ciò al fine di raggiungere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024.

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE C**:

- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale, sia pari ad almeno il 31%.

## San Raffaele S.p.A

- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.
- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso la CdC San Raffaele Rocca di Papa entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il raggiungimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*



**Direzione Professioni Sanitarie  
SAN RAFFAELE VITERBO**

**p.c.: Direzione Operativa  
SAN RAFFAELE VITERBO**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura San Raffaele Viterbo.**

A seguito della valutazione svolta presso la Sede "San Raffaele Viterbo" attraverso la compilazione e l'analisi dei questionari di autovalutazione, in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani, si evidenzia la necessità di provvedere all'implementazione delle misure contenute nella sezione C "Monitoraggio e feedback". Ciò al fine di raggiungere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE C**:

- C.2.1: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulle indicazioni per l'igiene delle mani
- C.2.2: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulla corretta tecnica di igiene delle mani
- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale, sia pari ad almeno il 31%.
- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.
- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli

indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.

- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE E**:

- E.1.2: Il team dovrà incontrarsi con cadenza almeno mensile
- E.1.3: Il team dovrà avere del tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani
- E.3: La Struttura dovrà pubblicizzare e diffondere il programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio
- E.4.2: La Struttura dovrà riconoscere ed utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani
- E.5.2: La Struttura dovrà intraprendere un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari
- E.6.1: La struttura dovrà mettere a disposizione strumenti e-learning per l'igiene delle mani
- E.6.2: La Struttura dovrà stabilire un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani
- E.6.3: Dovrà essere realizzato un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate
- E.6.4: Dovranno essere fornite comunicazioni regolari (ad es. newsletter, convegni, incontri, seminari) che citano la tematica dell'igiene delle mani
- E.6.5: La Struttura dovrà istituire un sistema di responsabilizzazione personale

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso la CdC San Raffaele Viterbo entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il raggiungimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*



15/04/2024

**A: Direzione Medica  
Direzione Professioni Sanitarie  
RSA SAN RAFFAELE FLAMINIA**

**p.c.: Direzione Operativa  
RSA SAN RAFFAELE FLAMINIA**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura RSA San Raffaele Flaminia.**

A seguito della valutazione svolta presso la Sede "RSA San Raffaele Flaminia" attraverso la compilazione e l'analisi dei questionari di autovalutazione, in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani, si evidenzia la necessità di provvedere all'implementazione delle misure contenute nella sezione C "Monitoraggio e feedback". Ciò al fine di raggiungere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024.

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE C**:

- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale, sia pari ad almeno il 31%.
- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.

- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, unfeedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso la RSA San Raffaele Flaminia entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il raggiungimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*



15/04/2024

**A: Direzione Medica  
Direzione Professioni Sanitarie  
RSA SAN RAFFAELE SABAUDIA**

**p.c.: Direzione Operativa  
RSA SAN RAFFAELE SABAUDIA**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura RSA San Raffaele Sabaudia.**

A seguito della valutazione svolta presso la Sede "RSA San Raffaele Sabaudia" attraverso la compilazione e l'analisi dei questionari di autovalutazione, in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani, si evidenzia la necessità di provvedere all'implementazione delle misure contenute nella sezione C "Monitoraggio e feedback". Ciò al fine di raggiungere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024.

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la **SEZIONE C**:

- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale, sia pari ad almeno il 31%.
- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione



- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso la RSA San Raffaele Sabaudia entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il raggiungimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*



15/04/2024

**A: Direzione Medica  
Direzione Professioni Sanitarie  
RSA SAN RAFFAELE TREVIGNANO**

**p.c.: Direzione Operativa  
RSA SAN RAFFAELE TREVIGNANO**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura RSA San Raffaele Trevignano.**

A seguito della valutazione svolta presso la Sede "RSA San Raffaele Trevignano" attraverso la compilazione e l'analisi dei questionari di autovalutazione, in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani, si evidenzia la necessità di provvedere all'implementazione delle misure contenute nella sezione C "Monitoraggio e feedback". Ciò al fine di raggiungere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024.

Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere per raggiungere il livello di adeguamento previsto per la SEZIONE C:

- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale, sia pari ad almeno il 31%.
- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione

## Residenza dei Renai S.r.l.

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso la RSA San Raffaele Trevignano entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il raggiungimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*



15/04/2024

**A: Direzione Sanitaria  
Direzione Professioni Sanitarie  
CDC MEDICA GROUP**

**p.c.: Direzione Operativa  
CDC MEDICA GROUP**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura CdC MEDICA GROUP.**

MEDICA GROUP ripeterà l'autovalutazione in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani al fine di individuare ulteriori punti di sviluppo. Al fine mantenere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024. Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere:

- B.2.2: La Struttura dovrà adottare il piano di azione locale 2024 per l'implementazione del piano di intervento regionale dell'igiene delle mani
- B.2.3: La Struttura dovrà realizzare e diffondere a personale, pazienti, utenti e visitatori le brochure e i poster informativi per la sensibilizzazione sull'importanza di una adeguata igiene delle mani
- B.3: La Struttura dovrà identificare un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani
- B.4: La Struttura dovrà realizzare un piano per la formazione e la verifica degli osservatori
- B.5: La Struttura dovrà identificare e stanziare un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani
- C.2.1: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulle indicazioni per l'igiene delle mani

- C.2.2: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulla corretta tecnica di igiene delle mani
- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale, si pari ad almeno il 31%.
- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.
- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- E.1.1: Dovrà essere identificato un team definito per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani
- E.1.2: Il team dovrà incontrarsi con cadenza almeno mensile
- E.1.3: Il team dovrà avere del tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani
- E.3: La Struttura dovrà pubblicizzare e diffondere il programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio
- E.4.1: La Struttura dovrà designare delle figure in qualità di "promotori" dell'igiene delle mani
- E.4.2: La Struttura dovrà riconoscere ed utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani
- E.5.1: Dovranno essere informati i pazienti e i familiari sull'importanza dell'igiene delle mani (anche con depliant informativi)

- E.5.2: La Struttura dovrà intraprendere un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari
- E.6.2: La Struttura dovrà stabilire un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani
- E.6.3: Dovrà essere realizzato un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate
- E.6.4: Dovranno essere fornite comunicazioni regolari (ad es. newsletter, convegni, incontri, seminari) che citano la tematica dell'igiene delle mani
- E.6.5: La Struttura dovrà istituire un sistema di responsabilizzazione personale
- E.6.6: I dipendenti neoassunti dovranno ricevere adeguato affiancamento e tutoraggio sul tema dell'igiene delle mani

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso la CdC MEDICA GROUP entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il mantenimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*



15/04/2024

**A: Direzione Sanitaria  
Direzione Professioni Sanitarie  
CASA DI CURA NEPI**

**p.c.: Direzione Operativa  
CASA DI CURA NEPI**

## **OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura CASA DI CURA NEPI**

CASA DI CURA NEPI ripeterà l'autovalutazione in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani al fine di individuare ulteriori punti di sviluppo. Al fine mantenere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024. Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere:

- B.2.2: La Struttura dovrà adottare il piano di azione locale 2024 per l'implementazione del piano di intervento regionale dell'igiene delle mani
- B.2.3: La Struttura dovrà realizzare e diffondere a personale, pazienti, utenti e visitatori le brochure e i poster informativi per la sensibilizzazione sull'importanza di una adeguata igiene delle mani
- B.3: La Struttura dovrà identificare un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani
- B.4: La Struttura dovrà realizzare un piano per la formazione e la verifica degli osservatori
- B.5: La Struttura dovrà identificare e stanziare un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani
- C.2.1: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulle indicazioni per l'igiene delle mani
- C.2.2: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulla corretta tecnica di igiene delle mani
- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale,

si pari ad almeno il 31%.

- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.
- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- E.1.1: Dovrà essere identificato un team definito per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani
- E.1.2: Il team dovrà incontrarsi con cadenza almeno mensile
- E.1.3: Il team dovrà avere del tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani
- E.3: La Struttura dovrà pubblicizzare e diffondere il programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio
- E.4.1: La Struttura dovrà designare delle figure in qualità di "promotori" dell'igiene delle mani
- E.4.2: La Struttura dovrà riconoscere ed utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani
- E.5.1: Dovranno essere informati i pazienti e i familiari sull'importanza dell'igiene delle mani (anche con depliant informativi)
- E.5.2: La Struttura dovrà intraprendere un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari
- E.6.2: La Struttura dovrà stabilire un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani
- E.6.3: Dovrà essere realizzato un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate
- E.6.4: Dovranno essere fornite comunicazioni regolari (ad es. newsletter, convegni, incontri, seminari) che citano la tematica dell'igiene delle mani
- E.6.5: La Struttura dovrà istituire un sistema di responsabilizzazione personale
- E.6.6: I dipendenti neoassunti dovranno ricevere adeguato affiancamento e tutoraggio sul tema dell'igiene delle mani

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso la CASA DI CURA NEPI entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il mantenimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*



15/04/2024

**Direzione Sanitaria**  
**Direzione Professioni Sanitarie**  
**VILLA GRAZIA**  
**p.c.: Direzione Operativa**  
**VILLA GRAZIA**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura VILLA GRAZIA**

VILLA GRAZIA ripeterà l'autovalutazione in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani al fine di individuare ulteriori punti di sviluppo. Al fine mantenere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024. Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere:

- B.2.2: La Struttura dovrà adottare il piano di azione locale 2024 per l'implementazione del piano di intervento regionale dell'igiene delle mani
- B.2.3: La Struttura dovrà realizzare e diffondere a personale, pazienti, utenti e visitatori le brochure e i poster informativi per la sensibilizzazione sull'importanza di una adeguata igiene delle mani
- B.3: La Struttura dovrà identificare un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani
- B.4: La Struttura dovrà realizzare un piano per la formazione e la verifica degli osservatori
- B.5: La Struttura dovrà identificare e stanziare un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani
- C.2.1: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulle indicazioni per l'igiene delle mani
- C.2.2: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulla corretta tecnica di igiene delle mani
- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale,

siapari ad almeno il 31%.

- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.
- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- E.1.1: Dovrà essere identificato un team definito per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani
- E.1.2: Il team dovrà incontrarsi con cadenza almeno mensile
- E.1.3: Il team dovrà avere del tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani
- E.3: La Struttura dovrà pubblicizzare e diffondere il programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio
- E.4.1: La Struttura dovrà designare delle figure in qualità di "promotori" dell'igiene delle mani
- E.4.2: La Struttura dovrà riconoscere ed utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani
- E.5.1: Dovranno essere informati i pazienti e i familiari sull'importanza dell'igiene delle mani (anche con depliant informativi)
- E.5.2: La Struttura dovrà intraprendere un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari
- E.6.2: La Struttura dovrà stabilire un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani
- E.6.3: Dovrà essere realizzato un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate
- E.6.4: Dovranno essere fornite comunicazioni regolari (ad es. newsletter, convegni, incontri, seminari) che citano la tematica dell'igiene delle mani
- E.6.5: La Struttura dovrà istituire un sistema di responsabilizzazione personale
- E.6.6: I dipendenti neoassunti dovranno ricevere adeguato affiancamento e tutoraggio sul tema dell'igiene delle mani

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso VILLA GRAZIA entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il mantenimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*



15/04/2024

**Direzione Sanitaria  
Direzione Professioni Sanitarie  
SAN RAFFAELE MONTEMARIO**

**p. c.: Direzione Operativa  
SAN RAFFAELE MONTEMARIO**

**OGGETTO: Piano di azione locale 2024 per l'implementazione dell'igiene delle mani all'interno della Struttura SAN RAFFAELE MONTEMARIO**

SAN RAFFAELE MONTE MARIO ripeterà l'autovalutazione in merito al livello di implementazione delle misure necessarie a garantire i cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani al fine di individuare ulteriori punti di sviluppo. Al fine mantenere il livello intermedio per tutte le Sezioni entro il 31 dicembre 2024. Si riportano, di seguito, le azioni da intraprendere:

- B.2.2: La Struttura dovrà adottare il piano di azione locale 2024 per l'implementazione del piano di intervento regionale dell'igiene delle mani
- B.2.3: La Struttura dovrà realizzare e diffondere a personale, pazienti, utenti e visitatori le brochure e i poster informativi per la sensibilizzazione sull'importanza di una adeguata igiene delle mani
- B.3: La Struttura dovrà identificare un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani
- B.4: La Struttura dovrà realizzare un piano per la formazione e la verifica degli osservatori
- B.5: La Struttura dovrà identificare e stanziare un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani
- C.2.1: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulle indicazioni per l'igiene delle mani
- C.2.2: La Struttura dovrà valutare almeno annualmente le conoscenze degli operatori sanitari sulla corretta tecnica di igiene delle mani
- C.3.3: La Struttura dovrà dare evidenza della verifica periodica (almeno una volta ogni 3 mesi) del consumo di sapone e di prodotti a base alcolica, e assicurarsi che il consumo di prodotti a base alcolica sia pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni-paziente.
- C.4.1: La Struttura dovrà dare evidenza dell'effettuazione, almeno annualmente, dell'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale.
- C.4.2: La Struttura dovrà dare evidenza che la percentuale di adesione all'igiene delle mani, registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di Intervento Regionale,

siapari ad almeno il 31%.

- C.5.1: Dovrà essere restituito un feedback immediato agli operatori al termine di ogni sessione di osservazione.
- C.5.2: Dovrà essere restituito ai professionisti sanitari ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- C.5.3: Dovrà essere restituito alla Direzione della Struttura, almeno ogni 6 mesi, un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo.
- E.1.1: Dovrà essere identificato un team definito per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani
- E.1.2: Il team dovrà incontrarsi con cadenza almeno mensile
- E.1.3: Il team dovrà avere del tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani
- E.3: La Struttura dovrà pubblicizzare e diffondere il programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio
- E.4.1: La Struttura dovrà designare delle figure in qualità di "promotori" dell'igiene delle mani
- E.4.2: La Struttura dovrà riconoscere ed utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani
- E.5.1: Dovranno essere informati i pazienti e i familiari sull'importanza dell'igiene delle mani (anche con depliant informativi)
- E.5.2: La Struttura dovrà intraprendere un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari
- E.6.2: La Struttura dovrà stabilire un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani
- E.6.3: Dovrà essere realizzato un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate
- E.6.4: Dovranno essere fornite comunicazioni regolari (ad es. newsletter, convegni, incontri, seminari) che citano la tematica dell'igiene delle mani
- E.6.5: La Struttura dovrà istituire un sistema di responsabilizzazione personale
- E.6.6: I dipendenti neoassunti dovranno ricevere adeguato affiancamento e tutoraggio sul tema dell'igiene delle mani

Tali obiettivi dovranno essere raggiunti presso SAN RAFFAELE MONTEMARIO entro il 31 dicembre 2024. Al termine di tale periodo, il Risk Management Aziendale richiederà una nuova autovalutazione, al fine di verificare il mantenimento del livello INTERMEDIO per tutte le sezioni, obiettivo per l'anno 2024.

*Risk Manager*  
*Dott.ssa Amalia Allocca*

