

## Deliberazione N. 0000267 del 28/02/2024

Struttura Proponente: UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000348 del 23/02/2024

**Oggetto:**

ADOZIONE DEL PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

**IL DIRETTORE GENERALE (\*)**  
**Narciso Mostarda**

L'Estensore: **Antonio Silvestri**

Data 23/02/2024

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Antonio Silvestri**

Data 23/02/2024

Il Direttore della Struttura Proponente: **Antonio Silvestri**

Data 23/02/2024

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 26/02/2024

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **Paola Longo**

Data 26/02/2024

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 26/02/2024

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: 62a6855c4cda676686ecf905190d4eb6420aac1c26dcf88eddba183ef7376c9a

(\*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

## IL DIRETTORE UOSD QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT

### VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- l’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, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- la deliberazione aziendale n. 404 del 14/04/2016 recante per oggetto <<Affidamento di un incarico dirigenziale di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale “UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management” nell’ambito della Direzione Strategica al Dott. Antonio Silvestri>>;
- la deliberazione aziendale n. 1368 del 11/10/2019 recante per oggetto il rinnovo del suddetto incarico a far data dal 14/04/2019 fino al 13/04/2022;
- la deliberazione aziendale n. 0925 del 13/06/2022 recante per oggetto il rinnovo del suddetto incarico a far data dal 14/04/2022 fino al 13/04/2027;

### VISTA

la Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 trasmessa dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Programmazione Rete Ospedaliera e Specialistica avente come oggetto “Adozione del documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” in cui si richiedeva alle strutture in indirizzo di adottare il documento secondo le indicazioni fornite nella presentazione allegata alla nota stessa e di trasmettere all’Area regionale i riferimenti documentali di adozione del provvedimento;

### DATO ATTO

che nella suddetta Determinazione viene stabilito che il PARS, associato alla implementazione delle attività in esso previste, rappresenti un’evidenza documentale utilizzabile dai competenti uffici aziendali e regionali per la verifica dell’ottemperanza ai requisiti di autorizzazione e accreditamento della Regione Lazio in tema di gestione del rischio clinico e infettivo;

### VISTA

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

### DATO ATTO

che la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management, di concerto con il Presidente del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CCICA) ha predisposto per l’anno 2024 il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS), individuando ed esplicitando le strategie, le aree di intervento ed i progetti

specifici da attuare in ambito aziendale in materia di governance del rischio clinico e infettivo;

**VALUTATO** che il documento “Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2024” è stato redatto conformemente agli indirizzi regionali di cui alla citata Determinazione n. G00643 del 25/01/2022;

**CONSIDERATO** che il documento redatto è stato sottoposto a verifica e risulta coerente nella forma e nella sostanza sia con l’assetto organizzativo dell’Azienda sia con i principi del Sistema di Gestione della Qualità;

**VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell’Azienda;

**ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall’art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all’art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

### **PROPONE**

- **di approvare** l’Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2024;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare la procedura ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall’Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;

**IL DIRETTORE U.O.S.D. QUALITA', CERTIFICAZIONE E  
SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT  
(Dott. Antonio Silvestri o suo sostituto)**

**IL DIRETTORE GENERALE**

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00198 del 28 ottobre 2021;
- VISTA** la propria deliberazione n. 1523 del 2 novembre 2021;
- LETTA** la proposta di delibera, "Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2024" presentata dal Direttore della UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- **di approvare** l'Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2024;
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare la procedura ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;

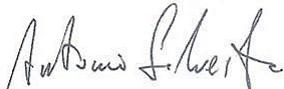
La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

*Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it) per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.*

**IL DIRETTORE GENERALE**  
*(Dr. Narciso Mostarda o suo sostituto)*

|                           |   |              |
|---------------------------|---|--------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>         SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 1 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |   |              |

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO  
 (PARS) 2024:  
 GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO  
 E DELLE ATTIVITA' PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI**

|                                     | Funzione e Nome  | Firma  | Data       |
|-------------------------------------|--|--|------------|
| <b>REDAZIONE<br/>E<br/>VERIFICA</b> | <b>Risk Manager</b><br>Dott. Antonio Silvestri                   |  | 14/02/2024 |
| <b>APPROVAZIONE</b>                 | <b>Direttore Sanitario Aziendale</b><br>Dott. Gerardo De Carolis |  |            |
| <b>VALIDAZIONE</b>                  | <b>Direttore Generale</b><br>Dott. Narciso Mostarda              |  |            |

| Rev. | Data       | Causale delle modifiche | Codifica                       |
|------|------------|-------------------------|--------------------------------|
| 0.0  | 14/02/2024 | Redazione annuale       | <i>Dott. Antonio Silvestri</i> |

| <b>Lista di distribuzione (I livello)</b> |
|---|
| Direttore Sanitario                       |
| Direttore Amministrativo                  |
| Direttori di Dipartimento                 |
| Direttori di UOC                          |
| Direttori di UOSD; Responsabili di UOS    |

|                           |  |              |
|---------------------------|--|--------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 2 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |              |

Hanno contribuito alla redazione del presente documento:

|                            |                                      |
|----------------------------|--------------------------------------|
| <b>Erminia Calandrella</b> | UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera    |
| <b>Antonio Covelli</b>     | UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera    |
| <b>Crocifissa Gagliano</b> | UOC Affari Istituzionali             |
| <b>Roberto Locci</b>       | UOSD Qualità e Risk Management       |
| <b>Lucilla Luzzi</b>       | UOSD Sistema Informativo Ospedaliero |
| <b>Marco Mastrucci</b>     | UOSD Qualità e Risk Management       |
| <b>Anna Miani</b>          | UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera    |
| <b>Vanessa Mondillo</b>    | UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera    |
| <b>Barbara Tesi</b>        | UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera    |

A tutti loro va un sincero e cordiale ringraziamento.

|                           |   |              |
|---------------------------|---|--------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>   SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 3 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |   |              |

**INDICE**

|            |  | Pag. |
|------------|--|------|
| <b>A1</b>  | Contesto organizzativo .....   | 4    |
| <b>A2</b>  | Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati ..... | 7    |
| <b>A3</b>  | Descrizione della posizione assicurativa .....                             | 7    |
| <b>A4</b>  | Resoconto delle attività del PARS precedente .....                         | 8    |
| <b>A5</b>  | Matrice delle Responsabilità del PARS .....                                | 9    |
| <b>A6</b>  | Obiettivi e attività .....   | 10   |
|            | A6.1 Obiettivi .....   | 10   |
|            | A6.2 Attività .....  | 11   |
| <b>A7</b>  | Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo .....           | 14   |
|            | A7.1 Obiettivi .....   | 14   |
|            | A7.2 Attività .....  | 17   |
| <b>A.8</b> | Modalità di diffusione del documento .....                                 | 20   |
| <b>A9</b>  | Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi .....                     | 20   |

|                           |  |              |
|---------------------------|--|--------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 4 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |              |

**A1. CONTESTO ORGANIZZATIVO** (dati aggiornati al 31/12/2023)



L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (di seguito AOSCF) è ubicata nel quadrante ovest di Roma nel quartiere Monteverde, nel territorio del Municipio XII a confine col Municipio XI. La sede legale è Roma - Circonvallazione Gianicolense, 87 – CAP 00152.

L'Ospedale S. Camillo occupa un'area complessiva di **238.000** mq con una superficie coperta di **53.400** mq ed ha una organizzazione a padiglioni.

L'AOSCF realizza le finalità del Servizio Sanitario Regionale impiegando nel processo di assistenza le risorse assegnate in modo appropriato, efficiente ed efficace al fine di garantire prestazioni ad elevata qualità assistenziale.

Rappresenta un polo erogante di prestazioni in emergenza, di alta specialità e costituisce polo ospedaliero di eccellenza.

L'Azienda soddisfa i nuovi bisogni di salute – collegati in particolare al crescente rilievo delle cronicità, delle pluripatologie e delle patologie emergenti e riemergenti – attraverso specifici interventi sanitari nell'ambito del sistema delle cure, organizzando direttamente le prestazioni sanitarie ed i servizi indispensabili per soddisfare in modo scientificamente adeguato la domanda espressa dai cittadini.

|                           |   |              |
|---------------------------|---|--------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>         SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 5 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |   |              |

L'AOSCF è inserita nel Sistema Sanitario Regionale in quanto centro *Hub* per le reti assistenziali tempo-dipendenti della Regione Lazio con riferimento ai seguenti ambiti:

| RETE                                   | RUOLO AOSCF         |
|--|---------------------|
| <b>RETE EMERGENZA ADULTI</b>           | <b>DEA II</b>       |
| <b>RETE EMERGENZA PEDIATRICA</b>       | <b>HUB</b>          |
| <b>RETE EMERGENZA CARDIOLOGICA</b>     | <b>E + CC</b>       |
| <b>RETE EMERGENZA CARDIOCHIRURGICA</b> | <b>HUB</b>          |
| <b>RETE ICTUS</b>                      | <b>UTN II (HUB)</b> |
| <b>RETE TRAUMA GRAVE E NEUROTRAUMA</b> | <b>CST (HUB)</b>    |

**ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICA**

L'Azienda è sede del Centro Regionale Trapianti Lazio.

Presso l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS è presente il Centro Trapianti Interaziendale POIT, presso il quale vengono eseguiti trapianti di fegato, rene, rene da vivente e rene/pancreas.

La UOC Ematologia esegue trapianti di staminali midollari.

La UOSD Oculistica esegue trapianti di cornea.

A cura del Coordinamento Locale Donazioni vengono prelevati organi solidi e cornee.

**SERVIZIO TRASFUSIONALE**

È presente la UOC Medicina Trasfusionale e Cellule Staminali, le cui attività sono rivolte alle UU.OO. aziendali e alle Strutture esterne afferenti/convenzionate.

L'Azienda è altresì centro di riferimento per le neoplasie polmonari, per la malattia di Anderson-Fabry e per la terapia del dolore.

|                           |  |              |
|---------------------------|--|--------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 6 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |              |

| <b>Tab.1 DATI STRUTTURALI</b>               |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| N. Posti letto Ordinari: <b>735</b> di cui: | <b>Per acuti: n. 631</b><br><b>Rianimazioni/Terapie</b><br><b>Intensive/Sub Intensive n. 74</b><br><b>Culle: 30</b> |                                 |
| <b>DH/DS: 138</b>                           |   |                                 |
|   | <b>Blocchi operatori</b>  | <b>9</b>                        |
|   | <b>Sale operatorie</b>  | <b>24</b>                       |
| <b>DATI DI ATTIVITA'</b>                    |   |                                 |
|   | Accessi da Pronto Soccorso  | <b>50.442</b>                   |
|   | Accessi in Codice Rosso   | <b>4.909</b>                    |
|   | Ricoveri ordinari da Pronto Soccorso  | <b>14.565</b>                   |
|   | N. accessi in P.S. Pediatrico:  | <b>10.911</b>                   |
|   | Ricoveri ordinari in elezione   | <b>25.494</b>                   |
|   | TRAPIANTI DI ORGANO.... n.<br><b>145</b>  | , di cui:                       |
|   | di fegato .....n.   | <b>76</b>                       |
|   | di rene .....n.   | <b>35</b>                       |
|   | di cuore .....n.  | <b>13</b>                       |
|   | di pancreas..... n.   | <b>2</b>                        |
|   | Trapianti midollo/cellule staminali emopoietiche .... n.  | <b>3</b>                        |
| <b>OSTETRICIA</b>                           | N. parti/anno: <b>1.718</b>   | Gravidanze a rischio: <b>16</b> |

(Fonte UOSD Sistema Informativo Sanitario - anno 2023)

|                           |   |              |
|---------------------------|---|--------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>         SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 7 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |   |              |

**A2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**

*Tabella 2 – Eventi occorsi nel 2023 (ai sensi dell’art. 2, c. 5 della L. 24/2017)*

| Tipo di evento           | N. e % sul totale degli eventi | Principali fattori causali/contribuenti   | Azioni di miglioramento  | Fonte del dato                |
|--------------------------|--------------------------------|---|--|-------------------------------|
| <b>Near Miss</b>         | 95 – 65%                       | Strutturali (5 %)<br>Tecnologici (20 %)<br>Organizzativi (50 %)<br>Procedure/Comunicazione (25 %) | Strutturali (5 %)<br>Tecnologiche (20 %)<br>Organizzative (50 %)<br>Procedure/Comunicazione (25 %) | Sistema di Incident Reporting |
| <b>Eventi Avversi</b>    | 45 - 31%                       |   |  |                               |
| <b>Eventi Sentinella</b> | 6 -4%                          |   |  |                               |
| <b>TOTALE</b>            | <b>146</b>                     |   |  |                               |

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

| Anno        | N. Sinistri ** | Risarcimenti erogati *** |
|-------------|----------------|--------------------------|
| <b>2019</b> | 97             | 2.298.593                |
| <b>2020</b> | 97             | 6.593.856                |
| <b>2021</b> | 86             | 3.116.403                |
| <b>2022</b> | 64             | 5.693.657                |
| <b>2023</b> | 40             | 7.827.539                |

\*\* Si specifica, come si evince dalla tabella, che è stato riportato l’anno di presa in carico del sinistro risarcito al fine di evidenziare che i risarcimenti erogati ogni anno, dal 2019 al 2023, possono fare riferimento a sinistri presi in carico in anni diversi dall’anno dell’avvenuto pagamento.

\*\*\* i sinistri e i risarcimenti fanno riferimento a quelli relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

**A3 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

Con decorrenza 1° marzo 2012 l’Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha adottato il regime di autoassicurazione per la copertura dei rischi RCT/O, a seguito dell’approvazione regionale del Progetto di Autoassicurazione sui rischi RCT/O, allegato alla Deliberazione aziendale n. 671/2012, con conseguente istituzione di apposito fondo rischi.

|                           |  |              |
|---------------------------|--|--------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 8 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |              |

#### **A4 RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE**

| <b>PARS 2023</b>  |                         |                               |
|---|-------------------------|-------------------------------|
| <b>Attività</b>   | <b>Realizzata</b>       | <b>Stato di attuazione</b>    |
| Monitoraggio dell'applicazione della Checklist unica del paziente chirurgico  | SI'                     | 100 %                         |
| Revisione e aggiornamento del Consenso Informato Aziendale  | SI'                     | 100 %                         |
| Incremento delle attività FMECA   | SI'                     | 100 %                         |
| Esecuzione di un Corso di formazione rivolto ai referenti della rete aziendale per la gestione del rischio clinico  | Parzialmente realizzata | 50 %<br>In fase di attuazione |
| Esecuzione del Corso di formazione "Le Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti e le Procedure aziendali"   | Parzialmente realizzata | 50 %<br>In fase di attuazione |
| Esecuzione del Corso di formazione "La gestione delle lesioni da pressione"   | Parzialmente realizzata | 50 %<br>In fase di attuazione |
| Esecuzione del Corso di formazione "La gestione del rischio clinico nel percorso assistenziale del paziente chirurgico"   | Parzialmente realizzata | 50 %<br>In fase di attuazione |
| Esecuzione del Corso di formazione "Risk management delle infezioni del sito chirurgico"  | Parzialmente realizzata | 50 %<br>In fase di attuazione |
| Revisione e aggiornamento del percorso clinico-assistenziale aziendale di presa in carico delle donne e delle minori vittime di violenza in emergenza   | Parzialmente realizzata | In fase di attuazione         |
| consolidamento delle strategie di Antimicrobial Stewardship e di formazione: stesura e revisione del protocollo di antibiotico-profilassi perioperatoria  | SI                      | 100 %                         |
| Elaborazione e diffusione di una reportistica almeno semestrale di restituzione alle UU.OO. sulla diffusione delle colonizzazioni/infezioni da CPE e dei patogeni "alert" circolanti e relative mappe di farmacoresistenza  | SI                      | 100 %                         |
| Elaborazione e diffusione di una reportistica almeno semestrale di restituzione alle UU.OO. sui dati di consumo dei farmaci antifettivi e dei relativi costi sostenuti, espressi in DDD (Dosi Definite Giornaliere) /100 giornate di degenza  | SI                      | 100 %                         |
| Continuazione delle attività di monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (CSIA) per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero, in ottemperanza al Protocollo di "Sorveglianza Nazionale 0055369-02/12/2021" emanato dal Ministero Salute e monitorato dall'Istituto Superiore di Sanità | Parzialmente realizzata | 50 %<br>In fase di attuazione |
| Attuazione del corso di formazione per gli operatori sanitari addetti all'applicazione e al monitoraggio del Piano Regionale per l'igiene delle mani, con il ruolo di formatori/osservatori   | Parzialmente realizzata | 50 %<br>In fase di attuazione |
| Esecuzione di uno studio di prevalenza sulle Infezioni da Catetere Vescicale (CAUTI) in area Medica e Chirurgica  | SI                      | 100 %                         |

|                           |  |              |
|---------------------------|--|--------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 9 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |              |

### A5 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce almeno 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 Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC);
2. **Direttore Sanitario/Presidente del CCICA:** redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (*punto A7*);
3. **Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali:** redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (*punti A2 e A3*);
4. **Direzione Strategica:** si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

| AZIONE  | Direttore Sanitario/<br>Presidente CCICA | Risk Manager | Direttore UOC Affari<br>Istituzionali | DIRETTORE<br>GENERALE | Direttore<br>Amministrativo |
|---|--|--------------|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Redazione PARS ( <i>eccetto i punti: A2, A3 e A7</i> ) e proposta di delibera | C  | R            | C                                     | C                     | C                           |
| Redazione punti A2 e A3   | C  | C            | R                                     | C                     | C                           |
| Redazione punto A7  | R  | C            | I                                     | I                     | I                           |
| Adozione PARS con delibera  | C  | C            | I                                     | R                     | C                           |
| Monitoraggio PARS ( <i>eccetto il punto A7</i> )                              | C  | R            | C                                     | I                     | C                           |
| Monitoraggio PARS punto A7  | R  | C            | I                                     | I                     | I                           |

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

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 10 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

## **A6 OBIETTIVI E ATTIVITA'**

### **A6.1 OBIETTIVI**

Il piano annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2024 prosegue e rafforza le azioni messe in atto nel PARS 2023 per il miglioramento della qualità e la sicurezza delle cure partendo dalla necessità di considerare l'errore come una opportunità di apprendimento e perseguendo un approccio culturale "no blame".

Il PARS fornisce alla Direzione Strategica un supporto indispensabile per intervenire nella complessa macchina organizzativa aziendale basandosi su dati certi, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa.

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARS.

Pertanto, nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARS ed in coerenza con la *mission* dell'Azienda sono stati definiti per l'anno 2024 i seguenti obiettivi strategici:

- 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/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.

***Relativamente alle attività di prevenzione, sorveglianza e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza, si rimanda alla sezione A7.***

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 11 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

## A6.2 ATTIVITA'

Le attività previste nel PARS 2024 concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza delle cure nonché alla economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, supportando la Direzione Generale nel perseguimento degli obiettivi ad essa assegnati dalla Regione Lazio. Nelle tabelle che seguono sono riportate le principali attività che si intendono realizzare, con le relative matrici delle responsabilità.

### OBIETTIVO A – DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

**ATTIVITÀ 1-** Progettazione ed esecuzione di seminari proattivi rivolti agli esercenti le professioni sanitarie per riscontro inerente agli esiti della valutazione di: qualità della cartella clinica, segnalazioni pervenute, richieste risarcitorie sottoposte al CVS, volti alla sensibilizzazione degli operatori e all'instaurarsi di una collaborazione sinergica per la prevenzione e il contenimento degli eventi avversi

**INDICATORE**

Esecuzione di almeno due seminari entro il 31/12/2024

**STANDARD**

SI

**FONTE**

UOSD Qualità e Risk Management, UOSD Medicina Legale Ospedaliera

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| Azione                          | Direttore UOSD<br>Risk Management | Direttore UOSD<br>Formazione e Governo<br>Clinico | Direttore UOSD<br>Medicina Legale |
|---------------------------------|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| <b>Progettazione del corso</b>  | <b>R</b>                          | C   | C                                 |
| <b>Accreditamento del corso</b> | C                                 | <b>R</b>  | <b>C</b>                          |
| <b>Esecuzione del corso</b>     | <b>R*</b>                         | I   | <b>R*</b>                         |

(\*): Ciascuno per propria parte di competenza.

**ATTIVITÀ 2-** Revisione ed aggiornamento dei PDTA aziendali dello scompenso cardiaco e del Carcinoma della prostata

**INDICATORE**

Atto deliberativo dei documenti aggiornati entro il 31/12/2024

**STANDARD**

SI

**FONTE**

UOSD Qualità e Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| Azione                                    | Direttore UOSD<br>Risk Management | UOC Cardiologia | UOC Urologia |
|---|-----------------------------------|-----------------|--------------|
| Individuazione dei gruppi di lavoro       | <b>R</b>                          | C               | C            |
| Aggiornamento del PDTA scompenso cardiaco | C                                 | <b>R</b>        | -            |
| Aggiornamento del PDTA K prostata         | C                                 | -               | <b>R</b>     |

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 12 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

**ATTIVITÀ 3** - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un Corso di formazione in tema di gestione del rischio clinico in chirurgia

|  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <b>INDICATORE</b><br>Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2024 |                                       |  |
| <b>STANDARD</b><br>SI  |                                       |  |
| <b>FONTE</b><br>UOSD Qualità e Risk Management                                       |                                       |  |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>  |                                       |  |
| <b>Azione</b>  | <b>Direttore UOSD Risk Management</b> | <b>Direttore UOSD Formazione e Governo Clinico</b> |
| Progettazione del corso  | <b>R</b>                              | C  |
| Accreditamento del corso   | C                                     | <b>R</b>   |
| Esecuzione del corso   | <b>R</b>                              | I  |

**ATTIVITÀ 4** – Revisione ed aggiornamento della scheda di Incident Reporting e progettazione di una scheda di IR informatizzata

|   |                                       |                                  |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <b>INDICATORE</b><br>Redazione e informatizzazione della scheda entro il 31/12/2024 |                                       |                                  |
| <b>STANDARD</b><br>SI   |                                       |                                  |
| <b>FONTE</b><br>UOSD Qualità e Risk Management                                      |                                       |                                  |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>   |                                       |                                  |
| <b>Azione</b>   | <b>Direttore UOSD Risk Management</b> | <b>Direttore UOC Informatica</b> |
| Progettazione della scheda  | <b>R</b>                              | C                                |
| Informatizzazione della scheda  | C                                     | <b>R</b>                         |

**ATTIVITÀ 5** – Istituzione di un tavolo permanente multidisciplinare e multiprofessionale per la Sicurezza dei pazienti e degli operatori

|   |                           |                            |                                       |
|---|---------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| <b>INDICATORE</b><br>Atto deliberativo della costituzione del tavolo permanente entro il 31/12/2024 |                           |                            |                                       |
| <b>STANDARD</b><br>SI   |                           |                            |                                       |
| <b>FONTE</b><br>UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management               |                           |                            |                                       |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>   |                           |                            |                                       |
| <b>Azione</b>   | <b>Direttore Generale</b> | <b>Direttore Sanitario</b> | <b>Direttore UOSD Risk Management</b> |
| Costituzione del gruppo di lavoro aziendale per la sicurezza  | I                         | C                          | <b>R</b>                              |
| Approvazione della proposta   | I                         | <b>R</b>                   | C                                     |
| Atto deliberativo   | <b>R</b>                  | C                          | I                                     |

|                           |   |               |
|---------------------------|---|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>         SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 13 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |   |               |

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

**ATTIVITÀ 1–** Realizzazione del Vascular Access Team (VAT) per l’impianto di qualsiasi tipo di accesso venoso: CVC, CVC per Emodialisi, PORT ed altri tipi di cateteri tunnellizzati, PICC e Mid-Line

| <b>INDICATORE</b>   |                                |  |                     |                    |
|---|--------------------------------|--|---------------------|--------------------|
| Atto deliberativo della costituzione del VAT entro il 31/12/2024                                    |                                |  |                     |                    |
| <b>STANDARD</b>   |                                |  |                     |                    |
| SI  |                                |  |                     |                    |
| <b>FONTE</b>  |                                |  |                     |                    |
| UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management; UOC Anestesia e Rianimazione |                                |  |                     |                    |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>   |                                |  |                     |                    |
| Azione  | Direttore UOSD Risk Management | Direttore UOC Anestesia e Rianimazione | Direttore Sanitario | Direttore Generale |
| Costituzione del gruppo di lavoro   | <b>R</b>                       | C                                      | I                   | I                  |
| Coordinamento Clinico del VAT   | C                              | <b>R</b>                               | I                   | I                  |
| Approvazione della proposta   | I                              | I                                      | <b>R</b>            | I                  |
| Atto deliberativo   | C                              | I                                      | C                   | <b>R</b>           |

**ATTIVITÀ 2–** Monitoraggio dell’applicazione del PDTA della Sepsis

| <b>INDICATORE</b>   |                                |                             |                 |                |
|---|--------------------------------|-----------------------------|-----------------|----------------|
| 1) % set contaminati (da CVC e periferico) /totale set pervenuti al laboratorio < 80%                       |                                |                             |                 |                |
| 2) % di terapia antibiotica empirica appropriata/terapie empiriche effettuate > 80%                         |                                |                             |                 |                |
| 3) % di paz. che hanno eseguito esami emoculturali prima dell’inizio della terapia antibiotica >80%         |                                |                             |                 |                |
| <b>STANDARD</b>   |                                |                             |                 |                |
| 20 % delle cartelle di pazienti con diagnosi di Sepsis – Shock settico                                      |                                |                             |                 |                |
| <b>FONTE</b>  |                                |                             |                 |                |
| UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management; GIPSE; UOC Laboratorio Microbiologia |                                |                             |                 |                |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>   |                                |                             |                 |                |
| Azione  | Direttore UOSD Risk Management | Direttore UOC Microbiologia | Direttori UU.OO | Direttore P.S. |
| Monitoraggio indicatore 1   | I                              | <b>R</b>                    | I               | I              |
| Monitoraggio indicatore 2   | I                              | I                           | <b>R</b>        | I              |
| Monitoraggio indicatore 3   | I                              | I                           | I               | <b>R</b>       |
| Report finale   | <b>R</b>                       | C                           | C               | C              |

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 14 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

**ATTIVITÀ 3 – Conduzione di uno studio di fattibilità per la prevenzione delle lesioni da pressione (LDP): valutazione dell’efficacia preventiva di LDP attraverso una tecnologia innovativa e accessibile per la misurazione della vasodilatazione indotta dalla pressione**

| <b>INDICATORE</b>  |                                       |              |                            |                         |
|--|---------------------------------------|--------------|----------------------------|-------------------------|
| N° di LDP prevenute in un campione omogeneo di soggetti a rischio LDP sottoposti alla nuova tecnologia/N° dei soggetti a rischio nel gruppo di controllo |                                       |              |                            |                         |
| <b>STANDARD</b>  |                                       |              |                            |                         |
| SI   |                                       |              |                            |                         |
| <b>FONTE</b>   |                                       |              |                            |                         |
| UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management  |                                       |              |                            |                         |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>  |                                       |              |                            |                         |
| <b>Azione</b>  | <b>Direttore UOSD Risk Management</b> | <b>DIPRO</b> | <b>Infermieri di UU.OO</b> | <b>Direttori UU.OO.</b> |
| Articolazione dello studio   | <b>R</b>                              | C            | C                          | C                       |
| Conduzione dello studio  | C                                     | C            | <b>R</b>                   | C                       |
| Redazione del report   | <b>R</b>                              | I            | I                          | I                       |

**A7 OBIETTIVI E ATTIVITA’ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

**A7.1 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 monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

In relazione al rischio infettivo, per il 2024 si è scelto di effettuare una valutazione del rischio di tipo quantitativo secondo il modello dell’Hazard Vulnerability Analysis (**HVA**), fortemente raccomandato anche nei percorsi di accreditamento delle strutture sanitarie, dalla Joint Commission International, che notoriamente rappresenta l’ente di accreditamento in Sanità più grande e con più esperienza al mondo.

Scopo dell’HVA è valutare i pericoli, la probabilità che possano avvenire e il loro impatto sulla salute dei pazienti e degli operatori e sui beni e servizi della struttura sanitaria.

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 15 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

Si è quindi proceduto all'identificazione dei rischi considerando le tecnologie, le procedure, le vaccinazioni, la popolazione servita, i servizi forniti e le caratteristiche dei pazienti e degli operatori.

I rischi sono stati classificati in bassi, moderati, alti e altissimi attraverso la definizione di tre fattori:

- **la probabilità** di avvenimento di eventi negativi, considerando temi che includono - senza esserne limitati - indagini epidemiologiche, i dati storici, i dati di letteratura;
- **L'entità** di questi eventi negativi, in termini di impatto sanitario (dalla letteratura), sociale, finanziario e medico-legale;
- **Il livello di preparazione della struttura**, considerando il Piano di prevenzione e controllo delle infezioni, il livello di formazione dello staff in base alle procedure e alle policy emanate, le risorse di cui dispone l'organizzazione.

Nella tabella sottostante sono riportati i valori assegnati da HVA.

| <b>AO San Camillo Forlanini - HAZARD VULNERABILITY ANALYSIS 2024</b>                                      |                                  |                                    |                                    |                      |
|---|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| <b>RISK EVENT</b>   | <b>Probability of Occurrence</b> | <b>Potential Severity of Event</b> | <b>Organizational Preparedness</b> | <b>Risk Priority</b> |
| <b>Infezione associate all'assistenza</b>   |                                  |                                    |                                    |                      |
| Catheter-related bloodstream infections (CRBSI)   | 3                                | 4                                  | 1                                  | 54%                  |
| Infezioni del tratto urinario (incluse CAUTI)   | 4                                | 3                                  | 1                                  | 57%                  |
| Polmoniti associate alla ventilazione meccanica   | 4                                | 4                                  | 1                                  | 71%                  |
| Infezioni sito chirurgico (SSI-Surgical site infections)  | 3                                | 3                                  | 2                                  | 54%                  |
| Infezioni nei reparti di terapia intensiva  | 4                                | 4                                  | 1                                  | 71%                  |
| <b>Microrganismi multiresistenti</b>  |                                  |                                    |                                    |                      |
| <i>Staphylococcus MRSA</i>  | 4                                | 3                                  | 2                                  | 71%                  |
| <i>Enterococchi VRE</i>   | 4                                | 3                                  | 2                                  | 71%                  |
| <i>Enterobacteriaceae CRE</i>   | 3                                | 3                                  | 2                                  | 54%                  |
| <i>Acinetobacter baumannii XDR</i>  | 4                                | 3                                  | 2                                  | 71%                  |
| <i>Pseudomonas aeruginosa MDR</i>   | 3                                | 3                                  | 2                                  | 54%                  |
| <b>Eventi correlati all'uso di strumentario medico-chirurgico</b>   |                                  |                                    |                                    |                      |
| Reprocessing non corretto degli endoscopi   | 1                                | 3                                  | 1                                  | 14%                  |
| Insufficiente compliance all'igiene delle mani delle mani   | 2                                | 3                                  | 1                                  | 29%                  |
| Gestione non corretta della sterilizzazione dello strumentario medico/chirurgico                          | 1                                | 4                                  | 1                                  | 18%                  |
| <b>Eventi correlati all'ambiente</b>  |                                  |                                    |                                    |                      |
| Sanificazione non idonea delle superfici ambientali   | 3                                | 2                                  | 2                                  | 43%                  |
| Qualità igienico-sanitaria di alimenti e di prodotti nutrizionali non idonea                              | 1                                | 1                                  | 1                                  | 7%                   |
| Sanificazione della biancheria, degli effetti lettereschi e delle divise fornite dall'ospedale non idonea | 1                                | 2                                  | 1                                  | 11%                  |
| Funzionamento dei dispositivi di controllo automatizzato non corretto                                     | 1                                | 2                                  | 1                                  | 11%                  |
| <b>Salute del personale</b>   |                                  |                                    |                                    |                      |
| Esposizione accidentale a patogeni del sangue e liquidi biologici   | 1                                | 3                                  | 1                                  | 14%                  |
| Esposizione a infezioni per via aerea (TB, SARS Cov 2)  | 2                                | 2                                  | 1                                  | 21%                  |
| Esposizione a rifiuti a rischio infettivo (sangue ed emocomponenti, liquidi biologici e tessuti umani)    | 1                                | 2                                  | 1                                  | 11%                  |
| <b>Salute legata alle infrastrutture</b>  |                                  |                                    |                                    |                      |
| Esposizione a patogeni legati a lavori di: demolizione/costruzione/ristrutturazione degli edifici.        | 1                                | 2                                  | 2                                  | 14%                  |

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 16 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

*Legenda:*

| <b>Probability of Occurrence</b>   |  |
|------------------------------------|--|
| <b>4</b>                           | FREQUENTE: è probabile che capiti anche subito o entro breve tempo (può capitare molte volte in un mese) |
| <b>3</b>                           | OCCASIONALE: può capitare (alcune volte nel giro di 1 mese)  |
| <b>2</b>                           | INFREQUENTE: è possibile che capiti (può capitare ogni 2-5 mesi)   |
| <b>1</b>                           | RARO: è improbabile che capiti (può capitare 1 volta all'anno)   |
| <b>Potential Severity of Event</b> |  |
| <b>4</b>                           | elevata severità   |
| <b>3</b>                           | moderata severità  |
| <b>2</b>                           | bassa severità   |
| <b>1</b>                           | non rilevante  |
| <b>Organization preparedness</b>   |  |
| <b>3</b>                           | scarsa preparazione dell'organizzazione  |
| <b>2</b>                           | sufficiente preparazione dell'organizzazione   |
| <b>1</b>                           | buona preparazione dell'organizzazione   |
| <b>Risk priority</b>               |  |
| <b>0-25%</b>                       | rischio basso, bassa priorità di intervento  |
| <b>26%-50%</b>                     | rischio moderato   |
| <b>51%-75%</b>                     | rischio alto   |
| <b>76%-100%</b>                    | rischio altissimo  |

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 17 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

Nella tabella sottostante è riportato il Piano di prevenzione e controllo delle ICA elaborato dall'AOSCF per l'anno 2024; per ogni item prioritario, identificato tramite l'HVA, sono stati definiti:

- un obiettivo da conseguire nel 2024
- l'azione di monitoraggio per valutarlo
- il relativo indicatore
- la fonte dati
- le Unità coinvolte
- le strategie ed azioni a supporto del raggiungimento dello stesso.

**A7.2 ATTIVITA'** (Le attività di seguito declinate sono state approvate e condivise dal Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) nel corso della riunione del 7 febbraio 2024)

| ATTIVITA' 1<br>Item prioritario                       | Obiettivo   | Azione di monitoraggio  | Indicatore  | Fonte dati  | Unità coinvolte   | Strategie/Azioni a supporto   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Infezioni Torrente Ematico Catetere Correlate(CR BSI) | Maggior riduzione possibile della prevalenza delle CRBSI(Criteri CDC) | Rilevazione della prevalenza delle CRBSI attraverso indagine. | Numero di pazienti con CRBSI sul totale di pazienti inclusi nell'indagine | Indagine di prevalenza: analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria, delle risultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- UOC Microbiologia</li> <li>- Personale medico e infermieristico delle UUOO coinvolte</li> <li>- UOSD</li> <li>- Igiene e Tecnica Ospedaliera</li> <li>- UOSD Qualità e Risk Management</li> <li>- CCICA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione alle UU.OO. dei dati relativi a:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il monitoraggio delle CRBSI,</li> <li>2. l'adesione all'igiene mani.</li> </ol> </li> <li>• Organizzazione di audit con medici ed infermieri delle UU.OO. in caso di criticità</li> <li>• Formazione relative alla Prevenzione delle CRBSI per tutto il personale sanitario</li> </ul> |

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 18 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

| ATTIVITA' 2<br>Item prioritario     | Obiettivo  | Azione di monitoraggio   | Indicatore  | Fonte dati  | Unità coinvolte   | Strategie/Azioni a supporto  |
|-------------------------------------|--|--|---|---|---|--|
| Infezioni del sito chirurgico (SSI) | Registrare una prevalenza delle SSI in linea con I dati presenti in letteratura (ECDC PPS 2016-2017: 18.3 %) | Rilevazione della prevalenza delle SSI nelle UU.OO. attraverso indagine. | Numero di pazienti con SSI sul totale di pazienti inclusi nell'indagine | Indagine di prevalenza: analisi dei dati presenti nella documentazione sanitaria, dell'esultanze delle colture microbiologiche e intervista al personale sanitario. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personale medico e infermieristico delle UU.OO. coinvolte</li> <li>- UOC Igiene e Tecnica Ospedaliera</li> <li>- UOC Microbiologia</li> <li>- UOSD Qualità e Risk Management</li> <li>- CCICA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restituzione alle UU.OO. dei dati relativi a:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoraggio delle SSI,</li> <li>2. l'adesione all'igiene mani.</li> </ol> </li> <li>• Organizzazione di audit con medici ed infermieri delle UU.OO. in caso di criticità</li> <li>• Formazione relative alla prevenzione delle SSI per tutto il personale sanitario</li> </ul> |

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 19 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

**Attività 3: Continuazione delle attività di monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica (CSIA) per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero, in ottemperanza al Protocollo di "Sorveglianza Nazionale 0055369-02/12/2021" emanato dal Ministero Salute e monitorato dall'Istituto Superiore di Sanità**

**Indicatore:** report semestrale sul consumo di soluzione idroalcolica (CSIA) per l'igiene delle mani/Giornate di Degenza Ordinaria (GDO)

**Standard:** SI

**Fonte:** UOC FARMACIA

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

| Azione  | UOC Farmacia | UOSD Formazione, SIO e governo clinico | CC-ICA   | UOSD Qualità e Risk Management | UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera |
|---|--------------|--|----------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Registrazione del consumo di soluzione idroalcolica     | <b>R</b>     |  | I        |                                | I                                 |
| Elaborazione dati consumo (lt) /Giorni di Degenza (GDO) | C            | C                                      | I        |                                | <b>R</b>                          |
| Diffusione dei dati                                     | C            | C                                      | <b>R</b> | C                              | C                                 |

**Attività 4: Monitoraggio delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE**

**Indicatore:** Report annuale

**Standard:** SI

**Fonte:** Laboratorio di Microbiologia e UOSD igiene e tecnica ospedaliera – gruppo controllo infezioni correlate all'assistenza

**MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**

| Azione                             | CC-ICA   | UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera | UOC Microbiologia | UO di degenza |
|------------------------------------|----------|-----------------------------------|-------------------|---------------|
| Segnalazione isolati               |          | I                                 | <b>R</b>          | I             |
| Relazioni cliniche                 |          | I                                 |                   | <b>R</b>      |
| Raccolta dati                      |          | <b>R</b>                          | C                 |               |
| Trasmissione dati                  |          | <b>R</b>                          | I                 |               |
| Analisi dati e elaborazione report | I        | C                                 | <b>R</b>          | I             |
| Diffusione dei dati                | <b>R</b> | C                                 | C                 | C             |

|                           |   |               |
|---------------------------|---|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>         SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 20 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |   |               |

| <b>Attività 5: Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert</b> |        |                      |                                   |                   |            |
|---|--------|----------------------|-----------------------------------|-------------------|------------|
| <b>Indicatore:</b> Report semestrale sorveglianza circolazione microorganismi alert   |        |                      |                                   |                   |            |
| <b>Standard:</b> SI   |        |                      |                                   |                   |            |
| <b>Fonte:</b> UOC Microbiologia e UOSD Igiene e tecnica ospedaliera   |        |                      |                                   |                   |            |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>  |        |                      |                                   |                   |            |
| Azione  | CC-ICA | UOSD Risk Management | UOSD Igiene e tecnica ospedaliera | UOC Microbiologia | UO degenza |
| Segnalazione alert  |        | I                    | I                                 | R                 | I          |
| Estrazione/raccolta dati  |        |                      | I                                 | R                 | C          |
| Analisi dati e elaborazione report  | I      | R                    | C                                 | C                 | I          |

**ALLEGATI**

Allegato 1: Piano di azione locale per l'igiene delle mani 2024

**A8 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS**

Il PARS 2024 sarà adottato con deliberazione aziendale; al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- Pubblicazione del PARS sul sito aziendale nella sezione Intranet e Internet;
- Iniziative di diffusione del PARS a tutti gli operatori.

**A9 BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI**

1. D. Lgs 502/92;
2. D. P.R. 14/01/97;
3. D. Lgs 229/99;
4. D. Lgs 254/00;
5. D. Lgs 81/08;

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 21 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

6. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
7. Decreto del Commissario ad acta 28 maggio 2013, n U00206 "Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio" a seguito del recepimento degli "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012" elaborati dal Comitato L.E.A.;
8. Circolare Ministeriale n.52/1985 "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
9. Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
10. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995;
11. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento;
12. PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena;
13. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
14. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008;
15. 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;
16. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
17. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
18. Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013";
19. Decreto Ministeriale 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità" (SIMES);
20. DCA n. U00480 del 06/12/2013, recante la "Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio", ed in particolare l'Intervento 18.1 "Definizione di un

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 22 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi" e l'Intervento 18.6 "Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo"

21. Determinazione n. G01424 del 10 Febbraio 2014 con la quale è stato istituito il Gruppo di Lavoro "Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico" avente, tra le altre, la funzione di elaborazione delle LLGG per la redazione del Piano annuale di attività aziendale dei Risk Manager e monitoraggio trimestrale dell'adozione ed attuazione del medesimo Piano Annuale
22. Determinazione n. G04112 del 01/04/2014 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria con la quale sono state approvate le "Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza"
23. Circolare (nota 99218) del 23 febbraio 2015, della Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio, in cui viene indicato il Modello organizzativo per lo sviluppo del percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei Pazienti.
24. Circolare Prot. n. U0388434 GR 1149 del 22 luglio 2016, della Direzione Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio, Area programmazione rete ospedaliera e risk management, in cui viene indicato il Modello di Elaborazione e Adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2016
25. Determinazione n. G00164 11/01/2019 della Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
26. Determinazione n. G00643 25/01/2022 della Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria "Approvazione ed adozione del documento recante le "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)
27. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
28. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
29. Reason J, *Managing the risks of organizational accidents*, 1997
30. Reason J, *Human error: models and management*, BMJ 2000; 320; 768-770
31. 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)
32. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:

|                           |  |               |
|---------------------------|--|---------------|
| Rev. 00 del<br>14/02/2024 | <b>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO<br/>SANITARIO (PARS) 2024</b> | Pag. 23 di 23 |
| Cod. Doc.:<br>PARS 2024   |  |               |

[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)

33. ISO Norme 9001:2000-e- 19011 Joint Commission
33. AHRQ Quality indicators: Guide to Patient Safety Indicators  
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Default.aspx>
34. Determina Regione Lazio "Adozione del Documento Tecnico recante: "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015"
35. Determina Regione Lazio n. G16501 del 28/11/2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"

#### **SITOGRAFIA essenziale**

[www.quic.gov/report/index.htm](http://www.quic.gov/report/index.htm)  
[www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione)  
[www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza)  
[www.esqh.net](http://www.esqh.net)  
[www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf](http://www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf)  
[www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf](http://www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf)  
[www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm](http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm)  
[www.cnoris.com](http://www.cnoris.com)  
[www.isqua.org.au/](http://www.isqua.org.au/)  
[www.sivrq.com](http://www.sivrq.com) (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria)  
[www.aslromad.it](http://www.aslromad.it) - [rischio.clinico@aslroma3.it](mailto:rischio.clinico@aslroma3.it)  
[www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente](http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente)  
[http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI\\_TechSpec.aspx](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx)  
<http://pathways.nice.org.uk/>  
<http://www.cineas.it/n/raccomandazioni-siquas-sull-audit-clinico-706-n.htm>  
<http://www.slowmedicine.it/>  
<http://95.110.213.190/PNEed13/index.php?action=login>  
<http://www.regione.toscana.it/pratiche-per-la-sicurezza>

Direzione Sanitaria  
UOSD Igiene e Tecnica ospedaliera

**ALLEGATO 1**  
al PARS 2024

## PIANO di AZIONE LOCALE per l'IGIENE delle MANI 2024

### Indice

- Introduzione
- Rendicontazione 2023
- Programmazione 2024

### A. INTRODUZIONE

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della struttura. Costituiscono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale: ospedali per acuti, day hospital/day surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali, ecc.

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

Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione (Infection Prevention and Control, IPC), si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%.

Fra questi interventi la **corretta igiene delle mani** rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente.

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

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

Purtroppo il livello di adesione a questa pratica è, spesso, inaccettabilmente, basso. In letteratura è riportata un'adesione inferiore al 40% nelle strutture sanitarie in cui non sono stati implementati appositi programmi di sensibilizzazione. Questo valore scende sotto il 20% nelle strutture residenziali per anziani. La corretta igiene delle mani è una delle azioni fondamentali non solo delle cosiddette "precauzioni standard", ma anche nel caso in cui sia necessario adottare precauzioni ulteriori, come quelle da contatto o droplet. La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i bundle relativi al rischio infettivo (prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, di quelle legate a catetere venoso e vescicale, della polmonite associata al ventilatore).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano strutturale, tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del "tutto o nulla" dei bundle, debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure,

indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione.

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

#### **Abbreviazioni:**

- CC-ICA: Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza
- GCICA: Gruppo Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza
- IC: Infection control
- DG: Direzione Generale
- DA: Direzione Amministrativa
- DS: Direzione Sanitaria
- DIPRO: Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- ITO: UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera
- RM: UOSD Qualità e Risk Management
- SIO: UOSD Sistemi informativi ospedalieri
- SIC: UOC Sistemi Informatici
- UT: UOC Ufficio Tecnico, patrimonio e programmazione/sviluppo dell'edilizia ospedaliera
- RSPP: Servizio Prevenzione e Protezione
- AOSCF: Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
- U.O.: Unità Operativa
- UU.OO.: Unità Operative

## **B. RENDICONTAZIONE 2023**

### **Il "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".**

Il Centro regionale rischio clinico (CRRC) del Lazio ha emanato il 19 febbraio 2021 il "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".

In conseguenza l'Azienda San Camillo Forlanini tramite il CC-ICA e il relativo Gruppo Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza (GCICA) ha organizzato un corso in modalità FAD e-Learning obbligatorio per tutto il personale sanitario su "Rischio biologico e chimico: igiene delle mani". Ha inoltre attivato degli incontri formativi per i neoassunti e per gli studenti delle professioni sanitarie neo-tirocinanti.

Il CC-ICA ha programmato l'autovalutazione delle 5 sezioni previste, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale raccomandata da OMS per il miglioramento dell'igiene delle mani e l'osservazione prevista nella Sezione C Monitoraggio e feedback del Piano Regionale.

È stato inoltre confermato il monitoraggio semestrale del consumo delle soluzioni idroalcoliche (L/100 gg degenza), quale indicatore indiretto dell'igiene delle mani.

L'implementazione del Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani è stata richiamata dalla CRRC della Regione Lazio nel "Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)" del 25 gennaio 2022 quale obiettivo strategico da raggiungere sulla gestione del rischio infettivo *"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"*.

## Sviluppo del piano locale

### a) Autovalutazione

Per poter stabilire quali fossero le priorità per l'AOSCF riguardo all'igiene delle mani, ad inizio 2023 è stato compilato, da parte del Gruppo Tecnico Operativo del CC-ICA, il questionario di **autovalutazione di tutti e 5 i componenti del bundle (scheda azione)**.

Il punteggio che ne è derivato ha fornito al CC-ICA e GTO indicazioni su quali fossero le aree prioritarie di intervento.

I questionari di autovalutazione sono stati presentati al CC-ICA a febbraio 2023. Durante tale incontro sono stati proposti i primi interventi da effettuare per poter migliorare la pratica dell'igiene delle mani all'interno dell'Azienda Ospedaliera.

Il piano è suddiviso in azioni (ogni scheda azione è relativa ad uno dei cinque componenti della strategia multimodale) che hanno tutte come obiettivo comune quello di migliorare l'aderenza alla pratica dell'igiene delle mani per contrastare le infezioni correlate all'assistenza.

Ogni scheda azione è suddivisa in 4 parti: azioni di miglioramento, responsabili, tempi, monitoraggio. Per ogni componente sono valutati anche gli indicatori di processo e/o di struttura e/o di outcome.

|  | <b>Azioni di miglioramento</b>   | <b>Responsabili (R)</b> | <b>Tempi (T)</b>                              | <b>Monitoraggio (M)</b>  |
|--|--|-------------------------|---|--|
| <b>Autovalutazione dei 5 componenti secondo "Hand Hygiene Self-Assessment Framework" OMS</b> | Compilazione dei questionari di autovalutazione  | CC-ICA, GCICA           | Febbraio 2023                                 | I trimestre 2023 ripetizione questionario autovalutazione per valutare i miglioramenti dopo interventi nei 5 componenti. |
|  | Presentazione autovalutazione 5 componenti durante incontro CC-ICA. Illustrate le criticità e il piano d'azione delle priorità | GCICA                   | Presentazione risultati e proposte intervento | Ottobre 2023 feedback al CC-ICA sugli interventi posti in essere.  |

### b) Scheda azione 1: Requisiti strutturali e tecnologici

Il componente "requisiti strutturali e tecnologici" ha mostrato un punteggio nel questionario di autovalutazione con un livello intermedio. Sono stati effettuati alcuni interventi per il potenziamento e il controllo dei dispositivi per fare in modo che tutti gli operatori sanitari possano effettuare l'igiene delle mani al "point of care" come indicato dal OMS. Numerosi sono stati gli interventi approvati dal CC-ICA e messi in atto dai diversi componenti del GCICA a partire da marzo 2023. I dispenser nei corridoi, nelle medicherie, sui carrelli della terapia sono presenti e il monitoraggio è programmato semestralmente. Sono disponibili anche confezioni individuali per gli operatori sanitari.

È stato effettuato un monitoraggio sulle condizioni di funzionalità e igieniche dei lavandini delle zone filtro, delle stanze di degenza e delle medicherie, requisiti strutturali necessari ad effettuare il lavaggio delle mani con acqua e sapone. Il monitoraggio è stato seguito da un feedback fornito ai coordinatori e le coordinatrici, in cui si sono evidenziate alcune carenze e programmati gli interventi migliorativi necessari (es. sostituzione filtri dei rubinetti, procedure di decalcificazione, sostituzione dispenser danneggiati).

Al 2023 non era presente un piano formalizzato di approvvigionamento della soluzione idroalcolica, ma è stato inserito tra gli interventi da effettuare nel 2024.

| Scheda azione 1                            | Azioni miglioramento  | Responsabili (R)  | Tempi (T)  | Monitoraggio(M)  |
|--|---|-------------------|------------|--|
| <b>Requisiti strutturali e tecnologici</b> | Indagine sul consumo di soluzione alcolica.   | Farmacia, DS, ITO | Semestrale | Monitoraggio semestrale giugno 2023/gennaio 2024 per il 2023<br>Invio dati alla Regione  |
|  | Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e/o ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica. | DS, ITO           | 2023       | Piano di adeguamento strutturale approvato dalla direzione strategica e messo in atto.   |
|  | Installazione dispenser gel idroalcolico nelle stanze delle UU.OO. di degenza delle aree prioritarie (es. terapie intensive).   | UT, ITO           | 2023       | Dispenser installati nelle mediche all'ingresso dei reparti e nei corridoi dei reparti e posizionati sui carrelli delle terapie. |
|  | Monitoraggio e feedback condizioni igieniche dei lavandini nelle zone filtro stanze degenza e mediche delle unità di degenza  | DS, ITO           | 2023       | Monitoraggio annuale   |
|  | Monitoraggio e feedback disponibilità di sapone, salviette monouso gel idroalcolico nelle unità di degenza.   | DS, ITO           | 2023       | Monitoraggio annuale   |
|  | Intervento di decalcificazione dei filtri dei rubinetti dei lavandini nelle zone filtro delle stanze delle UOC di degenza.  | UT, ITO           | Semestrale | Monitoraggio semestrale  |

### c) Scheda azione 2: Formazione del personale

È essenziale implementare la formazione del personale, per accrescere le loro conoscenze e aumentare la loro consapevolezza su questa misura preventiva, perché venga percepita parte fondamentale dell'assistenza.

La formazione è stata progettata su target diversi: formatori, osservatori.

A gennaio 2023 viene attivato un primo piano di formazione accreditato nominato "A mani Libere" che prevedeva due azioni specifiche: l'attivazione, in alcune UU.OO., di uno studio osservazionale della presenza nelle mani degli operatori di monili e smalti. Successivamente è stato organizzato, a seguito di un

feedback, un incontro formativo sull'importanza della procedura dell'igiene delle mani e su quando e come eseguirla.

Contemporaneamente viene arruolato e successivamente costituito il gruppo Infection control in numero di 86 operatori sanitari, nello specifico un medico e un infermiere per ogni U.O. e Servizio dell'AOSCF.

Si ripropongono le attività presentate nell'anno 2023:

- un FAD e-learning obbligatorio per tutti gli operatori dell'azienda "Rischio chimico e biologico: igiene delle mani";
- formazione su igiene delle mani per i neoassunti;
- formazione per studenti universitario delle professioni sanitarie prima dell'inizio del tirocinio nelle UU.OO.

| Scheda azione 2                     | Azioni  | Responsabili (R) | Tempi (T)     | Monitoraggio(M)              |
|-------------------------------------|---|------------------|---------------|------------------------------|
| <b>Formazione dei formatori</b>     | Identificazione dei formatori   | CC-ICA           | Febbraio 2023 | Non previsto                 |
|                                     | Definizione di un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori   | CC-ICA           | Annualmente   | Non previsto                 |
| <b>Formazione degli osservatori</b> | Identificazione degli osservatori   | ITO, GCICA       | Ottobre 2023  | Non previsto                 |
|                                     | Formazione degli osservatori tramite corso ECM  | GCICA, ITO       | Annualmente   | Non previsto                 |
| <b>Formazione del personale</b>     | Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti. Si attendono i primi risultati sull'adesione all'igiene mani per comprendere quali interventi formativi mirati poter progettare, organizzare e mettere in pratica. | ITO, GCICA       | Annualmente   | Non previsto                 |
|                                     | Formazione obbligatoria sull'igiene mani per tutti gli operatori sanitari: FAD asincrona.   | ITO              | 2023          | Test alla fine del corso FAD |

#### **d) Scheda azione 3: Monitoring e feedback**

All'inizio del 2023, non si era in possesso di dati che potessero fornire lo stato dell'arte per questo componente ed il punteggio derivato dal questionario di autovalutazione per questo "component" è risultato basso. E' stato pertanto ritenuto necessario un intervento prioritario e tempestivo.

E' stata effettuata l'autosservazione dell'igiene delle mani, in una prima fase, denominata T0, solamente in alcune UU.OO dell'AOSCF. Sono stati esclusi, in questa prima fase, gli ambulatori, i Day Hospital e i servizi di diagnostica (radiologia ed endoscopia). Si è stabilito di monitorare infermieri, medici, operatori socio sanitari (OSS), ostetrici e altre professionalità come per esempio fisioterapisti e tecnici di radiologia.

La scheda di monitoraggio, utilizzata dagli osservatori, è quella proposta nel documento di riferimento regionale (cit.) e dall'OMS.

Si è stabilito, in fase sperimentale, di osservare un minimo di 100 opportunità per ciascun operatore. Ad ottobre 2023 sono stati identificati gli operatori che avrebbero condotto le osservazioni. A dicembre 2023 gli operatori dell'Infection Control Network sono stati formati alla corretta pratica di igiene delle mani tramite corso accreditato ECM. Inoltre, nella stessa occasione, sono state illustrate le modalità operative di

conduzione dell'osservazione diretta all'adesione dell'igiene mani nelle varie UU.OO.. Sono stati quindi arruolati 22 osservatori, che hanno condotto le osservazioni in 19 UU.OO.. Le osservazioni sono state raccolte utilizzando, in via sperimentale, un modulo informatico creato ad hoc a cui gli osservatori accedevano utilizzando un QR code. I dati raccolti sono stati analizzati e presentati al CC-ICA ed è in programma la restituzione di questi ultimi anche alle varie UU.OO.. La compliance registrata è stata del 58%, con le azioni "Dopo il contatto con fluidi biologici" e "Dopo il contatto con il paziente" che hanno mostrato una maggiore adesione rispetto alle altre. La frizione idroalcolica è stata preferita rispetto all'utilizzo di acqua e sapone.

A Novembre 2023 è stata effettuato un monitoraggio sul corretto lavaggio chirurgico da parte degli operatori sanitari di un blocco operatorio, attraverso l'esecuzione di tamponi per la ricerca di germi comuni e funghi dopo il lavaggio chirurgico e dopo aver indossato i guanti sterili.

Inoltre, la UOC Farmacia durante il 2023 ha comunicato i dati per il calcolo del consumo di soluzione idroalcolica (20L/1000 gg degenza), con cadenza semestrale.

| Scheda azione<br>3             | Azioni di miglioramento  | Responsabili<br>(R)          | Tempi (T)             | Monitoraggio(M)   |
|--------------------------------|--|------------------------------|-----------------------|---|
| <b>Monitoraggio e Feedback</b> | Identificare i candidati osservatori.  | GCICA                        | Ottobre 2023          | Non previsto  |
|                                | Creazione DB e modulo per la raccolta dati   | GCICA                        | Ottobre 2023          | Non previsto  |
|                                | Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di monitoraggio e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura attraverso mail aziendale. | GCICA, ITO                   | Novembre 2023         | Non previsto  |
|                                | Organizzare la formazione degli osservatori/formatori  | GCICA, RM, ITO               | Ottobre-Novembre 2023 | Annualmente verificare la formazione continua e le competenze degli osservatori |
|                                | Organizzare il piano delle osservazioni tra i formatori/osservatori  | GCICA, ITO                   | Ottobre 2023          |   |
|                                | Condurre osservazioni  | Osservatori IC               | Dicembre 2023         |   |
|                                | Inserimento dati nel DB  | GCICA, Specializzandi Igiene | Gennaio 2024          |   |
|                                | Analisi dati   | GCICA, Specializzandi Igiene | Gennaio 2024          |   |
|                                | Feedback sull'aderenza al CC-ICA   | GCICA, Specializzandi Igiene | Febbraio 2024         |   |
|                                | Monitoraggio efficacia lavaggio chirurgico   | GCICA, Specializzandi Igiene | Novembre 2023         |   |
|                                | Valutare analisi consumi soluzione alcolica  | Farmacia, GCICA, ITO, SIO    | Febbraio 2024         | Ogni 6 mesi Valutare consumi e aderenza igiene mani.                            |

**e) Scheda azione 4: Comunicazione permanente**

Il livello relativo a questa sezione è risultato intermedio, ma anche in questo aspetto il GCICA ritiene necessario intervenire con delle azioni che siano innovative affinché i messaggi relativi all'igiene delle mani siano efficaci.

| Scheda azione 4                 | Azioni di miglioramento  | Responsabili (R) | Tempi (T)   | Monitoraggio(M) |
|---------------------------------|--|------------------|-------------|-----------------|
| <b>Comunicazione permanente</b> | Definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati. | GCICA, ITO       | Annualmente | Febbraio 2024   |

**f) Scheda azione 5: clima organizzativo e commitment**

Per poter concretizzare tutti gli interventi proposti, promuovere un reale cambiamento del comportamento riguardo all'igiene delle mani e rendere l'ambiente sanitario sempre più sicuro per pazienti ed operatori, è fondamentale il supporto della Direzione Strategica (componente n. 5 del Piano). Il risultato dell'autovalutazione è stato intermedio, per cui sono state intraprese alcune azioni al fine di migliorarlo, che verranno valutate ad inizio 2024.

**C. SVILUPPO DEL PIANO LOCALE per l'IGIENE delle MANI 2024**

**Obiettivo: miglioramento dei livelli in tutte le componenti del bundle**

**a) Autovalutazione**

E' stata effettuata nuovamente l'autovalutazione di tutti e 5 i componenti del bundle (scheda azione). Il punteggio che ne è derivato è stato comunicato al CC-ICA e fornirà le indicazioni su quali siano le aree prioritarie per il mantenimento del previsto livello intermedio e/miglioramento.

|  | Azioni di miglioramento  | Responsabili (R) | Tempi (T)                                     | Monitoraggio (M)   |
|--|--|------------------|---|--|
| <b>Autovalutazione dei 5 componenti secondo "Hand Hygiene Self-Assessment Framework" OMS</b> | Compilazione dei questionari di autovalutazione  | CC-ICA, GCICA    | Febbraio 2024                                 | I trimestre 2024 ripetizione questionario autovalutazione per valutare i miglioramenti dopo interventi nei 5 componenti. |
|  | Presentazione autovalutazione 5 componenti durante incontro CC-ICA. Illustrate le criticità e il piano d'azione delle priorità | GCICA            | Presentazione risultati e proposte intervento | Dicembre 2024 feedback al CC-ICA sugli interventi posti in essere.   |

**b) Scheda azione 1: Requisiti strutturali e tecnologici**

Nel 2024 verrà effettuata una ricognizione dei dispenser di soluzione idroalcolica e dei lavabi presso tutte le UU.OO. di degenza. In base ai risultati si procederà all'installazione dei dispenser per renderli disponibili e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza.

Il monitoraggio sulle condizioni di funzionalità ed igieniche dei lavandini delle zone filtro delle stanze di degenza e delle medicherie, requisiti strutturali necessari ad effettuare il lavaggio delle mani con acqua e sapone, è programmato semestralmente.

Sarà sviluppato un piano formalizzato di approvvigionamento della soluzione idroalcolica.

| Scheda azione 1                            | Azioni miglioramento  | Responsabili (R)       | Tempi (T)            | Monitoraggio(M)  |
|--|---|------------------------|----------------------|--|
| <b>Requisiti strutturali e tecnologici</b> | Indagine sul consumo di soluzione alcolica.   | Farmacia, DS, SIO, ITO | Trimestrale          | Monitoraggio trimestrale per il 2024<br><br>Invio semestrale dati alla Regione |
|  | Completare l'installazione dispenser gel idroalcolico in tutte le stanze di degenza   | UT, ITO                | Entro fine anno 2024 | Dispenser installati in tutte le stanze di degenza                             |
|  | Monitoraggio e feedback condizioni igieniche dei lavandini nelle zone filtro stanze degenza e medicherie delle unità di degenza | ITO                    | Annuale              | Entro dicembre 2024  |
|  | Intervento di decalcificazione dei filtri dei rubinetti dei lavandini nelle zone filtro delle stanze di degenza.                | UT, ITO                | Ogni 6 mesi          | Monitoraggio semestrale  |
|  | Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della struttura.          | Farmacia, ITO          | Entro dicembre 2024  |  |

**c) Scheda azione 2: Formazione del personale**

La formazione è stata progettata su target diversi: formatori, osservatori, personale sanitario.

Entro gennaio 2024 sarà sviluppato il piano di formazione per nuovi osservatori dell'adesione all'igiene mani, il retraining degli osservatori identificati già formati nel 2023 e la formazione di tutti gli operatori sanitari (infermieri, medici ed OSS) presenti nelle UU.OO. di degenza. L'obiettivo è di monitorare e sensibilizzare al tema tutte le aree sanitarie con contatto diretto con pazienti e utenti (come da Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani 2021) compresi i servizi ambulatoriali, DH, endoscopia, trasporti, accettazione e servizio fisioterapico.

| Scheda azione 2                     | Azioni  | Responsabili (R)  | Tempi (T)        | Monitoraggio(M)   |
|-------------------------------------|---|-------------------|------------------|---|
| <b>Formazione dei formatori</b>     | Conferma dei formatori  | CC-ICA            | febbraio 2024    |   |
|                                     | Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di formazione (osservatori ed operatori sanitari) e diffonderlo a tutta la Struttura attraverso mail aziendale.   | GCICA, RM         | I trimestre 2024 |   |
| <b>Formazione degli osservatori</b> | Effettuare la formazione degli osservatori identificati nel 2024, secondo crono programma da allegare con tempi ed attività (formazione teorica, formazione pratica con role playing, formazione on the job nei reparti per l'attività di osservazione dell'adesione all'igiene mani) | Formatori         | 2024             | Valutazione continua delle competenze da parte dei formatori  |
| <b>Formazione degli osservatori</b> | Retraining osservatori formati nel 2023 (training/affiancamento on the job) con l'obiettivo di consolidare abilità nell'osservazione e trasferire agli osservatori anche competenze di trainers (train the trainers).   | Formatori         | 2024             | Valutazione continua delle competenze da parte dei formatori  |
| <b>Formazione del personale</b>     | Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.  | CC-ICA, GCICA     | I trimestre 2024 |   |
|                                     | Formazione obbligatoria sull'igiene mani per tutti gli operatori sanitari: FAD asincrona.   | Formazione        | 2024             | Test alla fine del corso FAD.   |
|                                     | Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari   | GCICA, Formazione | Il semestre 2024 | Monitoraggio attraverso l'utilizzo di questionari già predisposti dal centro regionale del Rischio clinico. |
|                                     | Formazione itinerante con l'utilizzo di scanner per effettuare training sulla corretta pratica dell'igiene mani (valutazione qualitativa) durante esercitazioni on the job  | GCICA             | 2024             |   |

**d) Scheda azione 3: monitoring e feedback**

Per il 2024 è previsto almeno un monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani, cercando di includere tutte le UU.OO. di degenza dell'AOSCF. I dati verranno raccolti utilizzando il sistema già sperimentato nell'anno precedente.

Nel 2024 verrà avviato un monitoraggio trimestrale del consumo di soluzione idroalcolica con la UOC Farmacia, per consentire un eventuale audit sulla disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani nel 2024.

| Scheda azione<br>3             | Azioni di miglioramento   | Responsabili<br>(R)             | Tempi (T)       | Monitoraggio(M)   |
|--------------------------------|---|---------------------------------|-----------------|---|
| <b>Monitoraggio e Feedback</b> | Identificare i nuovi candidati osservatori.   | GCICA                           | I semestre 2024 | Valutazione continua durante il 2024 delle motivazioni, impegno e conoscenze degli osservatori. |
|                                | Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di monitoraggio e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura attraverso mail aziendale.                            | GCICA, ITO                      | Novembre 2024   | Non previsto  |
|                                | Organizzare il secondo monitoraggio dell'adesione all'igiene mani   | GCICA, ITO                      | I semestre 2024 |   |
|                                | Condurre osservazioni nelle UU.OO.  | Osservatori, IC                 | 2024            |   |
|                                | Inserimento dati nel DB   | GCICA,<br>Specializzandi Igiene | Dicembre 2024   |   |
|                                | Analisi dati  | GCICA,<br>Specializzandi Igiene | Dicembre 2024   |   |
|                                | Feedback sull'aderenza igiene mani  | GCICA,<br>Specializzandi Igiene | Febbraio 2025   |   |
|                                | Valutare analisi consumi soluzione alcolica, con l'obiettivo di superare il valore di consumo minimo di gel idroalcolico di 20 L/1000 giorni-paziente in ogni UOC di degenza. | Farmacia,<br>GCICA, ITO,<br>SIO | Ogni trimestre  | Ogni 6 mesi valutare consumi parallelamente a aderenza igiene mani.                             |

**e) Scheda azione 4: Comunicazione permanente**

Nel 2024, l'AOSCF si pone come obiettivo la sensibilizzazione di pazienti, i visitatori e l'utenza esterna sul tema dell'igiene delle mani, creando o aggiornando brochure che promuovano l'importanza dell'igiene delle mani.

Per la giornata mondiale sull'igiene delle mani, 5 maggio, saranno organizzati dei punti di sensibilizzazione presso i padiglioni dell'Azienda e un book fotografico online con gli operatori sanitari per promuovere l'importanza dell'igiene delle mani.

Inoltre, entro la fine del 2024, sarà realizzato un video sull'igiene delle mani.

| Scheda azione 4                 | Azioni di miglioramento                                    | Responsabili (R) | Tempi (T)   | Monitoraggio(M)  |
|---------------------------------|--|------------------|-------------|--|
| <b>Comunicazione permanente</b> | Elaborazione brochure per visitatori e pazienti            | GCICA, ITO       | 2024        | Entro dicembre 2024 opuscoli e dépliant saranno disponibili nei reparti, inseriti in cartella clinica, nei servizi e diffusi all'utenza interna e ai loro visitatori e disponibili anche per l'utenza esterna. |
|                                 | Pianificare della giornata mondiale sull'igiene delle mani | GCICA, ITO       | aprile 2024 |  |
|                                 | Elaborazione di un video sull'igiene delle mani            | GCICA, ITO       | 2024        |  |

**f) Scheda azione 5: clima organizzativo e commitment**

La Direzione dell'Azienda approva formalmente il PARS 2024, incluso il Piano di azione locale per l'igiene delle mani.

Sono inoltre stati approvati nell'ambito del Piano di Formazione Aziendale gli specifici corsi ECM.

Per il 2024 è necessario che venga facilitata l'adesione dei componenti dell'Infection Control Network e di eventuali ulteriori figure professionali necessarie all'implementazione del programma. A tal fine andrà tutelata e garantita la possibilità del personale a partecipare attivamente all'attuazione degli interventi.