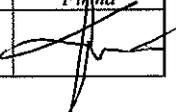


Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

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

REV.	Data emissione	N° pag.	Causale preparazione modifica documento	Emissione		Verifica e approvazione		Verifica e approvazione	
				Funz.	Firma	Funz.	Firma	Funz.	Firma
0	21.02.2023	27	Prima emissione del PARS 2023	DS/RM		DdC		Legale Rappresentante	

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

INDICE

PREMESSA.....	3
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	4
1.1 SPECIFICITÀ ORGANIZZATIVE IN RELAZIONE AL RISCHIO INFETTIVO.....	6
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	9
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	12
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE.....	12
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS.....	17
6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ DEL PARS 2023.....	18
6.1 OBIETTIVI.....	18
6.2 ATTIVITÀ.....	19
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	25
8. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	26
9. BIBLIOGRAFIA.....	27

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

PREMESSA

L'entrata in vigore della Legge 8 marzo 2019, n° 24, ha mutato in gran parte l'attività del Rischio Clinico. In particolare, all'art. 1 della citata legge viene richiamato il principio della sicurezza delle cure in sanità: "La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale (...)".

La Regione Lazio mediante l'emanazione della Determinazione G 00643 del 25/01/2022 avente ad oggetto l'Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" ha stabilito che tutte strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l'ARES 118, nell'elaborazione e nell'adozione del PARS dovranno attenersi a quanto previsto dal suddetto documento di indirizzo.

La Determina prevede che tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale e l'ARES 118 trasmettano il PARS in formato pdf nativo al Centro Regionale Rischio Clinico via mail (crcc@regione.lazio.it) entro il 28 febbraio di ogni anno.

Il PARS è disponibile all'interno della pagina relativa all'Amministrazione Trasparente, sulla Home page della Struttura.

La **Determina G 00643 del 25/01/2022** prevede la redazione annuale del **Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS)** con l'obiettivo di:

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

Il Piano Annuale per la gestione del Rischio sanitario (PARS) è lo strumento aziendale per promuovere e realizzare iniziative per la definizione operativa e la gestione dei rischi e per una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita.

L'Azienda, attraverso le politiche di risk management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

L'Associazione Raggio di Sole ETS ha strutturato una serie di iniziative volte ad aumentare la consapevolezza degli operatori nell'individuare le cause puntando a sviluppare una cultura della sicurezza

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

basata sulla prevenzione e sulla previsione dei possibili rischi e dei processi di gestione del rischio, contribuendo attivamente al miglioramento delle condizioni di lavoro e del clima per la sicurezza all'interno della struttura di appartenenza.

La finalità cardine è quella di conoscere gli eventi che accadono più frequentemente in modo tale da poter analizzare le cause profonde e porre in atto delle azioni correttive al fine di evitarne il ripetersi.

Per la gestione del Rischio Clinico e infettivo e la promozione della Sicurezza dei Pazienti si devono necessariamente perseguire i seguenti obiettivi:

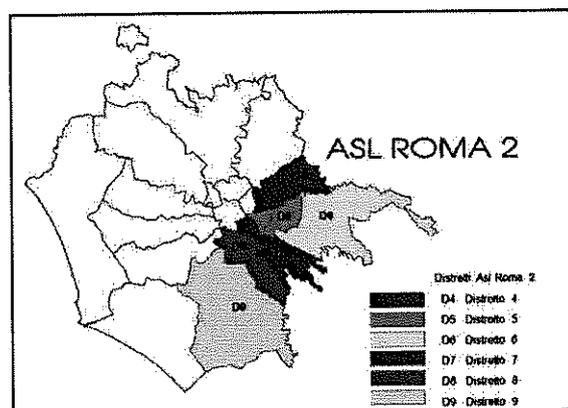
- promuovere la cultura della sicurezza;
- rilevare i rischi presenti nella realtà aziendale;
- intraprendere azioni mirate ad individuare, ridurre e prevenire l'incidenza di eventi avversi per pazienti ed operatori;
- migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti;
- dare un ruolo più attivo al cittadino-fruitori o al paziente stesso, mediante un maggiore coinvolgimento nelle attività di gestione del rischio;
- migliorare i livelli di comunicazione: comunicazione interna, comunicazione difficile;
- applicazione di buone pratiche e raccomandazioni del Ministero della Salute;
- favorire lo sviluppo di strumenti per la sicurezza del paziente.

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Associazione "Raggio di Sole ETS" è ubicata in Roma in via Publio de Tommasi n° 21 (la Rustica), è stata costituita da un gruppo di genitori il 19 Giugno 1963, con lo scopo di "educare e recuperare i giovani affetti da Ritardo Mentale mediante assistenza Medico Pedagogica".

L'Associazione acquisisce Personalità Giuridica con D.P.R. n.287 il 14.03.74 ed è regolamentata da uno Statuto; nel 1975 stipula una convenzione con il Ministero della Sanità, per l'erogazione di assistenza riabilitativa in regime Residenziale e Semiresidenziale, e successivamente con la U.S.L. RM B.

L'Associazione attualmente gestisce un Centro di Riabilitazione, sul territorio dell'Azienda ASL Roma 2.



Il Centro, che occupa un'area di circa 5000 mq di cui 3500 mq destinati ad area verde, si trova all'interno del territorio di competenza della ASL ROMA 2 che ha un'estensione di Km² 236,2 – ed una popolazione di 1.299.016 (dati anagrafe comune di Roma al 31/12/2015).

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Il Centro di Riabilitazione Raggio di Sole è accreditato dalla Regione Lazio con Decreto U00216 del 27/06/2014 e regolamentato dalla D.G.R. 380/10 e D.G.R. 790/16 che prevede la compartecipazione alla spesa della quota sociale da parte dell'utente e/o del Comune di residenza. È accreditato per il trattamento riabilitativo di mantenimento e ospita 51 Assistiti di cui 21 in regime residenziale (esclusivamente di sesso maschile) e 30 in regime semiresidenziale (di ambo i sessi). I destinatari delle prestazioni sono le persone affette da Ritardo Mentale a partire dai diciotto anni e con invalidità riconosciuta.

Il Centro offre una modalità di intervento medico, riabilitativo, infermieristico che si svolge rivolto agli utenti in regime residenziale nell'arco delle 24h e agli utenti in regime semiresidenziale. Le attività ed i servizi dei semiresidenziali vengono erogati dal lunedì al sabato dalle h. 8.45 alle h. 14.45.

Per entrambe le tipologie assistenziali sono previsti i seguenti servizi:

- Servizio Medico:
 - Direzione Medica
 - Consulenza Specialistica (Psicologia clinica, Neurologia, Psichiatria)
- Servizio Infermieristico
- Servizio Psicologico (Terapia individuale, terapia di gruppo, counseling con la famiglia)
- Servizio Riabilitativo:
 - Intervento fisioterapico
 - Intervento logopedico
 - Intervento cognitivo
 - Intervento educativo
 - Intervento occupazionale
 - Attività espressive
- Servizio Assistenziale:
 - O.S.S. (Operatori Socio Sanitari)

Nell'ambito del programma riabilitativo globale i singoli interventi sono curati dalle diverse figure professionali e gestiti attraverso forme di programmazione e collaborazione interdisciplinare.

Lo staff di specialisti (medico psicologo clinico, neurologo, psichiatra, psicoterapeuta, infermieri, psicologo, operatori della riabilitazione), a partire dagli esiti di un'accurata valutazione funzionale, elabora ed attua il programma d'intervento definito per ogni utente secondo le competenze e le diverse esigenze (Progetto Riabilitativo Individuale - PRI).

Le attività riabilitative previste dal progetto comprendono inoltre laboratori di cinema, di giardinaggio e bricolage, laboratorio di teatro, laboratorio di piccolo artigianato e di pittura, uscite culturali.

Il Centro di Riabilitazione offre la possibilità di effettuare attività in strutture esterne garantendone il trasporto.

Essendo la riabilitazione un percorso terapeutico ed educativo che tende ad abilitare, a stimolare, a mantenere le capacità e le potenzialità esistenti nella persona disabile, campo per noi prioritario è quello di cercare le strategie, le tecniche, i metodi necessari, efficaci e integrati per meglio raggiungere i nostri obiettivi. La qualità umana, culturale e professionale delle risorse umane impiegate è un requisito essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di qualità prefissati. A tal fine l'Associazione si impegna a promuovere in modo continuativo adeguate iniziative di incontro e scambio tra le varie professionalità e a stimolare la motivazione, il coinvolgimento e la collaborazione di tutte le persone che operano nell'ambito del centro.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Gli obiettivi di qualità verso i quali orientiamo il lavoro sono quelli di:

- Sviluppare, abilitare e potenziare le possibilità concrete di ogni persona disabile valorizzandone le differenti abilità.
- Aumentare o conservare il più a lungo possibile il grado di autonomia, indipendenza e autodeterminazione possibile in ciascuno.
- Favorire l'instaurarsi di un rapporto equilibrato con il mondo circostante orientato al raggiungimento del benessere individuale e collettivo.
- Costruire con le persone disabili, le famiglie e il territorio percorsi partecipanti tendenti a favorire la crescita e lo sviluppo integrale della persona e il mantenimento delle capacità residue degli assistiti.

Il tutto in regime di prestazioni accreditate dal S.S.R.

Il Centro garantisce il diritto al rispetto della dignità personale degli utenti, la riservatezza, come da Regolamento Europeo GDPR 679/2016 sulla privacy, l'identificazione del personale dedicato ai pazienti e un trattamento personalizzato. Viene adottata una carta dei diritti e doveri del paziente.

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività

Associazione Raggio di Sole ETS			
DATI STRUTTURALI			
ASL territorialmente competente		ASL ROMA 2	
Posti letto residenziali	21	Eventuali divisioni (es-RSA, Hospice, ecc.)	Non applicabile
			Non applicabile
			Non applicabile
DATI DI ATTIVITÀ			
Giornate di degenza per l'area residenziale	7.598 (di cui 176 assenze)	Prestazioni/ accessi semiresidenziali	6.859 (di cui 1106 assenze)

1.1 SPECIFICITÀ ORGANIZZATIVE IN RELAZIONE AL RISCHIO INFETTIVO

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) attivo presso il Centro Raggio di Sole (RdS), è stato costituito il 15/04/2019 e aggiornato il 14 gennaio 2022, da allora opera nell'ambito del Gruppo Aziendale della Qualità attraverso i Referenti. Ha il compito di vigilare e presidiare tutti gli aspetti relativi alla sorveglianza e al controllo delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale, stimolare l'utilizzo delle best practice finalizzate alla riduzione del rischio infettivo, sostenere il miglioramento continuo attraverso l'applicazione delle metodologie di analisi ai processi clinici.

Il Comitato vaglia e propone azioni di miglioramento, ivi comprese la attività formative che si rendano necessarie per controllare e ridurre la trasmissione dei microrganismi durante l'attività sanitaria valutando anche i dispositivi, le attrezzature e i prodotti utilizzati.

Il Comitato ICA svolge anche una specifica attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza allo scopo di promuovere un corretto uso degli antibiotici nei diversi contesti assistenziali. Sono ben note le

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

difficoltà relative alla capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, vanificandone l'efficacia.

Nell'ottica della prevenzione delle infezioni anche nel 2022 sono stati distribuiti dispenser di gel idroalcolico e prodotti specifici per la sanificazione in tutti gli ambienti e sono a disposizione di tutti, soprattutto, per gli operatori addetti all'assistenza diretta. I dati del 2022 (confrontati con il 2021) sul consumo dei prodotti idroalcolici, prodotti sanificanti e DPI sono sintetizzati nella seguente tabella:

Presidio	Tipologia	Quantità 2022	Quantità 2021
Prodotti idroalcolici	Alcol	32 litri	6 litri
	Gel idroalcolico mani	35 litri	12 litri
DPI	Mascherine	8.807	Totale DPI 24458
	Visiere	341	
	Guanti	22.700	
	Camici	92	
	Occhiali di protezione	36	
	Tute	349	
Disinfettanti	Disinfettante sanificazione ambienti e arredi	298	217

Nel corso dell'anno 2022 è stato effettuato il monitoraggio della legionella attraverso il piano dei controlli che prevedeva 1 controllo attraverso il prelievo di 6 campioni.

Dall'analisi dei risultati delle prove effettuate sui campioni prelevati risulta:

DATA PRELIEVO	CAMPIONE	PROVA	RISULTATI
21.02.2022	Acqua di rete prelevata da rubinetto lavabo cucina – (11°C)	Conta di batteri coliformi a 37°C Conta di Enterococchi Conta di Escherichia Coli Conta microbica totale a 22°C	0 0 0 <1
21.02.2022	Acqua di rete prelevata da rubinetto lavabo cucina – piano terra - circuito acqua calda (45°C) – modalità post-flushing	Conta di Legionella spp	<50
21.02.2022	Acqua di rete prelevata da rubinetto lavabo bagno 209 – Il piano – circuito acqua calda (47°C) modalità post-flushing	Conta di Legionella spp	<50
21.02.2022	Acqua di rete prelevata da rubinetto lavabo bagno 008 – piano terra – circuito acqua calda (49°C) modalità post-flushing	Conta di Legionella spp	<50
21.02.2022	Acqua di rete prelevata da rubinetto lavabo bagno 109 – I piano – circuito acqua calda (47°C) modalità post-flushing	Conta di Legionella spp	<50
21.02.2022	Acqua di rete prelevata da rubinetto lavabo cucina – (11°C)	Aspetto, colore, odore, ph, conducibilità a 20° C, residuo fisso a 180°C, durezza totale, cloro libero, ammoniaca, cloruri, fluoruri, solfati, nitrati, nitriti	campione conforme ai requisiti chimici e chimico-fisici richiesti

Non sono stati necessari interventi in quanto i valori sono risultati conformi.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

È ancora attuale e valida la PO 24 Procedura sull'antibiotico resistenza redatta nel 2021 (Ed.1 rev.0 del 10.12.2021)

Attualmente non è formalizzato un programma di *antimicrobial stewardship* per l'uso appropriato degli antimicrobici, tuttavia, gli antibiotici sotto monitoraggio sono dispensati, dietro prescrizione del Medico di Medicina Generale degli utenti residenti. Si cerca comunque di ottimizzare le terapie antibiotiche al fine di minimizzare i rischi associati agli effetti collaterali, alle resistenze batteriche e alle interazioni indesiderate con le terapie somministrate al paziente. Il Direttore Sanitario come ogni anno ha redatto in data 13.07.2022 e 15.12.2022 un report semestrale sul consumo degli antibiotici analizzando i dati dal Mod.87 Monitoraggio consumo antibiotici.

Nel corso del 2022 è stato effettuato il monitoraggio delle infezioni. Lo studio è stato condotto attraverso l'analisi della documentazione clinica di tutti gli utenti ospiti presso il Centro. I dati raccolti sono riassunti nella tabella seguente:

Sede dell'Infezione	N° Casi	Note	Consumo antibiotici totali
Infezioni da COVID -19	26		48 gr
Infezioni del Basso Tratto Respiratorio, esclusa polmonite	1 Bronchite	Trattamento antibiotico per 5 giorni	
Infezioni del Tratto Urinario	3	di cui: 1 caso di profilassi per infezione urinaria ricorrente in paziente con catetere a permanenza 1 caso di profilassi pos-operatoria	
Infezioni di Occhio, Orecchio, Naso, Cavità Orale	1	Profilassi estrazione dentaria – patogeno non noto -	
Infezioni di Cute e Tessuti Molli	1	Dermo-ipodermite in psoriasi	

Composizione del CCICA

- 1) I Referenti della Qualità per le specifiche aree
- 2) Direttore Sanitario e Risk Manager (Presidente)
- 3) Coordinatore degli infermieri
- 4) Referente sanitario per la prevenzione e il controllo delle ICA
- 5) Referente sanitario per la prevenzione e il controllo delle COVID-19
- 6) Referente per la sorveglianza delle CRE all'interno del CC-ICA che sia responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema interno di sorveglianza.

Il comitato si riunisce periodicamente, o su convocazione del presidente o segnalazione del RSGQ, per analizzare le evidenze prodotte dal sistema di supervisione e controllo e i diversi report di sorveglianza delle ICA.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA

Sono costituite dal CCICA e si possono avvalere, all'occorrenza, della collaborazione del personale medico, infermieristico, del Responsabile del Servizio di Prevenzione, del Medico Competente ed eventuali altre figure e professionalità ritenute necessarie.

AZIONI CONTENIMENTO EPIDEMIA DA SARS-CoV-2

Durante l'emergenza COVID-19, il Centro di Riabilitazione Raggio di Sole da marzo 2020, emana ed aggiorna periodicamente un Protocollo operativo interno per la gestione dell'emergenza COVID-19; a tale Protocollo generale si riconnettono poi specifiche Istruzioni operative settoriali, in entrambi i tipi documenti sono previste misure per la Prevenzione ed il Controllo del Coronavirus SARS-CoV-2.

La struttura, per quanto possibile adotta tutte le misure atte a disciplinare le modalità di accesso e a ridurre al minimo la presenza di persone all'interno dei propri locali al fine del contenimento del contagio da COVID-19.

I flussi informativi connessi a tale emergenza sono molteplici e sono divenuti via via più ampi e complessi e riguardano ora la notifica alla ASL e al SISP di tutti i casi confermati positivi, la comunicazione dei decessi correlati al COVID-19, la rilevazione di tutti i tamponi e di tutte le sierologie eseguiti.

Sono stati distribuiti DPI idonei allo svolgimento delle mansioni e adeguati al contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2. Inoltre, durante il 2022 è stata effettuata la sorveglianza attiva con esecuzione di tampone rapido a tutti gli operatori con cadenza mensile e a tutti gli utenti in caso di manifestazione di sintomi influenzali o casi positivi rilevati in struttura.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare in ambito organizzativo una fondamentale importanza riveste l'analisi degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei *near misses*.

Solo attraverso un puntuale monitoraggio di questi eventi seguito da un'attenta analisi delle cause e dal conseguente avvio delle necessarie azioni correttive potranno migliorare i processi e ridurre la probabilità che gli stessi eventi si ripetano.

È fondamentale, in questo senso, partire dal principio di considerare l'errore come "difetto del sistema" e non dell'équipe o del singolo professionista e poi pianificare ed avviare piani di riduzione del rischio clinico. Favorire l'insorgere nell'organizzazione della "no blame culture" (cultura non colpevolizzante) è di fondamentale importanza per garantire la segnalazione, da parte degli operatori, degli eventi indesiderati e conseguentemente avviare i piani di miglioramento ad essi correlati.

Uno degli obiettivi prioritari di questo Piano è quello di avviare un percorso formativo che trasferisca agli operatori l'importanza di una corretta gestione delle attività di gestione del rischio clinico allo scopo di favorire le conoscenze e fornire indicazioni per promuovere e attuare l'audit come metodo per la gestione del rischio clinico.

Questo, come pure altri elementi, devono essere orientati verso un approccio sistemico alla gestione del rischio clinico poiché nelle organizzazioni sanitarie l'insorgere di un evento indesiderato è causato

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

dall'interazione tra diverse componenti di un sistema: fattori organizzativi, fattori tecnologici, fattori strutturali, fattori umani, tipologia di utenza.

Di seguito viene riportata una relazione consuntiva sugli eventi avversi e sentinella verificatesi nell'anno 2022 all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. I dati sono stati ottenuti dalle segnalazioni pervenute nel corso del 2022, attraverso i sistemi interni di comunicazione.

Detta relazione consuntiva, ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017 (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), è pubblicata sul sito internet aziendale.

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2022

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0%	0%	Strutturali 0 (%) Tecnologici 0 (%) Organizzativi 0 (%)	Strutturali 0 (%) Tecnologiche 0 (%)	Sistemi di reporting e cartelle cliniche degli utenti (100%)
Eventi Avversi	4 (100%)	2 (50%)	Procedure/ Comunicazione 1 (25%)	Organizzative 0 (%) Procedure/ Comunicazione 1 (25%)	
Eventi Sentinella	0 (%)	0 (%)	Fattori legati al paziente (pazienti in particolari condizioni cliniche di fragilità) 4 (100%)	Utilizzo di presidi 0 (%)	

Da quanto si evince dalla tabella riepilogativa degli eventi avversi/eventi sentinella/near miss, nel corso del 2022 si sono verificati:

- 4 eventi avversi (2 cadute accidentali come da Incident reporting "Rapporto di segnalazione eventi avversi" del 02.04.22; 15.08.22; due eventi di aggressione come da Incident reporting "Rapporto di segnalazione eventi avversi" del 17.10.22 e 04.11.22);

Tra i principali fattori causali/contribuenti degli eventi esaminati, si rileva: lo stato di fragilità dei pazienti responsabile dell'accadimento di tutti gli eventi, un solo fattore legato alla difficile comunicazione paziente-operatore (barriere linguistiche culturali) derivante dalle condizioni del paziente.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Definizione Eventi¹:

- **Eventi Avversi (EA):** Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Sono tutti casi in cui il paziente è stato realmente danneggiato, quindi non solo gli eventi avversi correlati all'utilizzo dei farmaci, ma tutte le tipologie di eventi possibili che causino un danno al paziente imputabili alle cure degli operatori. Può essere previsto o non prevedibile.
- **Near-Misses o "Quasi Eventi" (NM):** *Circostanza* potenzialmente in grado di determinare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito. Si tratta di situazioni in cui un incidente stava per generare danni al paziente, ma per motivi fortuiti o per l'intervento di meccanismi di barriera non si è verificato. Ad esempio: un farmaco era riposto nel luogo sbagliato o era scaduto ed è stato erroneamente prelevato e preparato per la somministrazione al paziente, ma ci si è accorti dell'errore prima della somministrazione.
- **Evento Sentinella (ES):** Evento avverso di particolare gravità, che comporta morte o grave danno alla persona e/o perdita di fiducia nei cittadini nei confronti del SSN. A seguito del suo verificarsi è necessaria un'indagine immediata per accertare possibili fattori eliminabili o riducibili che lo abbiano causato o vi abbiano contribuito con la successiva implementazione di adeguate misure correttive e il loro monitoraggio.

L'elenco degli eventi sentinella applicabili nell'ambito della struttura contenuti nel Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella pubblicato dal Ministero della salute nel Luglio 2009 sono i seguenti:

- Procedura in paziente sbagliato
- Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Morte o grave danno per caduta di paziente
- Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
- Violenza su paziente
- Atti di violenza a danno di operatore
- Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (extraospedaliero)
- Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
Totale	0	0	0

¹ * Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

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

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella tabella seguente si riporta la descrizione della posizione assicurativa della struttura:

Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia
2020	01/01/2021	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
2021	01/01/2022	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
2022	01/01/2023	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
2023	01/01/2024	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE

Nel PARS 2022 si erano individuate alcune attività ritenute propedeutiche ad una idonea gestione del rischio come la mappatura dei processi a maggior rischio, la gestione del rischio infettivo e la comunicazione/segnalazione degli eventi da parte di tutto il personale sanitario e altre azioni specifiche.

Nella tabella seguente n° 5 si dettaglia per ciascuna attività proposta il livello di raggiungimento dell'obiettivo alla data del 31.12.2022.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Tabella 5 a –Resoconto delle attività del PARS precedente

Obiettivo A - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla gestione del rischio clinico.	Sì	Effettuati incontri formativi con il personale neoassunto sul Rischio clinico come da verbali del 03.02.2022(Infermiera) – 23.06.2022 (infermiera) – 04.07.2022 (Infermiera) e a tutti gli altri operatori nelle date del 14.03.22 e del 16.03.2022
Attività 2: Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla Gestione e Monitoraggio delle ICA	Sì	Effettuato incontro formativo al personale su Prevenzione, Gestione e Monitoraggio delle ICA e Igiene delle mani il 14.03.2022. Inoltre, è stato formato il personale neo assunto come da verbali del 03.02.2022 (Infermiera) – 23.06.2022 (infermiera) – 04.07.2022 (Infermiera).

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	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Aggiornamento continuo del protocollo aziendale per la gestione dell'emergenza SARS-CoV-2 sulla base delle normative regionali e nazionali	Sì	Sono stati effettuati aggiornamenti della IO 14 Nuove modalità di gestione dei casi e dei contatti stretti di caso COVID-19 in data 03.05.2022 ed in data 10.09.22. Sulla base dell'evoluzione della normativa regionale e nazionale.
Attività 2: Progettazione, esecuzione del corso rivolto al personale sulla gestione degli eventi avversi /sentinella /near miss e modalità di segnalazione secondo la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"	Sì	Effettuato corso di formazione sulla PO-09 rev. 4 del 02.12.21 Procedura per la gestione del Sistema di incident Reporting e degli eventi avversi/near miss/Eventi sentinella in data 14.03.2022 E' stato formato anche il personale neo assunto sulla PO-09 rev. 4 del 02.12.21 come da verbali del 03.02.2022 (Infermiera) – 23.06.2022 (infermiera) – 04.07.2022 (Infermiera).

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Attività 3: Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali	Sì	Effettuato un audit clinico a seguito di un atto aggressivo di un utente (del 04.11.22) come da verbale di Audit clinico dell' 11.11.22
Attività 4: Progettazione ed esecuzione di un "Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari"	Sì	Effettuato corso di formazione sulla PO-04 rev. 1 del 18.11.21 Procedura per prevenire atti di violenza a danno degli operatori in data 14.03.22 e del 16.03.22 E' stato formato anche il personale neo assunto sulla PO-04 rev. 1 del 18.11.22 come da verbali del 03.02.2022 (Infermiera) – 23.06.2022 (infermiera) – 04.07.2022 (Infermiera).

Obiettivo C - Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1: Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti	Sì	Effettuato corso di formazione al personale su Prevenzione, Gestione e Monitoraggio delle ICA e Igiene delle mani il 14.03.2022 Effettuati incontri formativi al personale neoassunto sul Rischio clinico tra i cui argomenti risulta anche il lavaggio delle mani come da verbali del 03.02.2022 (Infermiera) – 23.06.2022 (infermiera) – 04.07.2022 (Infermiera).
Attività 2: Promuovere iniziative di informazione (ad es. in occasione della "Giornata mondiale dell'igiene delle mani" del 5 Maggio) per divulgare l'importanza dell'igiene delle mani anche tra pazienti e familiari mediante affissione di locandine, distribuzione di opuscoli e eventualmente mini-gel idroalcolici omaggio	Sì	Realizzata nel 2022 una iniziativa in occasione della "Giornata mondiale dell'igiene delle mani" del 5 Maggio . E' stata inviata tramite mail, in data 05.05.2022, una nota informativa a tutti i familiari/tutori degli utenti per sensibilizzarli sul tema riguardante l'igiene e la sanificazione delle mani al fine di ridurre le infezioni. Inoltre, come previsto nel Verbale di riunione del Comitato CCICA del 10.02.2022, sempre il 05.05.22 è stata effettuata una giornata di sensibilizzazione per tutti gli utenti presso il Centro con proiezione di un video informativo. Tutto ciò è stato ufficializzato nel Verbale di riunione del CCICA del 05.05.2022.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

<p>Attività 3: Redazione/Aggiornamento annuale del Piano di azione locale sulla base delle risultanze della compilazione dei questionari di autovalutazione. N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello avanzato entro dicembre 2023</p>	<p>SI</p>	<p>E' stato redatto il Piano di azione locale in data 12.01.2023 sulla base delle risultanze dei questionari compilati in data 15.12.22 Il punteggio è risultato tra intermedio ed avanzato e quindi ottimo. Le azioni intraprese per il raggiungimento del livello avanzato sono quelle di aver inserito il processo di igiene delle mani negli indicatori di processo del 2022 e nel programma degli obiettivi e del miglioramento della qualità 2022.</p>
<p>Attività 4: Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali</p>	<p>Si</p>	<p>La verifica del mantenimento delle competenze è stata effettuata in data 20.01.2023 sia per gli osservatori che per il personale sanitario e l'esito della valutazione è positivo per tutti gli operatori</p>

In allegato il Piano di Azione locale relativo all'anno 2022

<p>Obiettivo D - 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 CPE</p>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p>Attività 1: Monitoraggio della prevalenza delle principali ICA (incluse CRE) tipico della comunità</p>	<p>SI</p>	<p>In data 13.07.22 è stato stilato il report semestrale dal Direttore Sanitario riguardante il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza e le infezioni invasive da CPE. Nel primo semestre 2022 si evince, dalle check list di controllo delle ICA compilate, che le principali infezioni riscontrate sono state infezioni da COVID-19 gestite come da normativa vigente, ed una infezione urinaria ricorrente di un paziente portatore di catetere vescicale a permanenza curato con cicli di antibiotico. Nessuna infezione da CRE nel periodo considerato. In data 15.12.2022 il DS ha stilato il report per il</p>

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

	<p>secondo semestre 2022 da cui si evincono infezioni da COVID-19 gestite come da normativa vigente, una infezione urinaria da patogeno non noto rilevata a seguito di esami di routine. Si ripresenta sempre il caso di profilassi con diverso antibiotico per il paziente portatore di catere vescicale a permanenza.</p> <p>Non sono state riscontrate infezioni invasive da CPE.</p>
<p>Attività 2: Implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE</p>	<p>Nessuna infezione/colonizzazione da CRE nell'anno 2022</p> <p>Non è formalizzato un programma di antimicrobial stewardship per l'uso appropriato degli antimicrobici, tuttavia, gli antibiotici sotto monitoraggio sono dispensati, dietro prescrizione del Medico di Medicina Generale degli utenti residenti. Si cerca comunque di ottimizzare le terapie antibiotiche al fine di minimizzare i rischi associati agli effetti collaterali, alle resistenze batteriche e alle interazioni indesiderate con le terapie somministrate al paziente. Il Direttore Sanitario come ogni anno ha redatto in data 13.07.2022 e 15.12.2022 un report semestrale sul consumo degli antibiotici analizzando i dati dal Mod. 87 Monitoraggio consumo antibiotici.</p>
<p>Attività 3: Implementazione e consolidamento del Monitoraggio uso antibiotici</p>	<p>In data 13.07.22 è stato stilato il report semestrale dal Direttore Sanitario riguardante il monitoraggio del consumo degli antibiotici connessi alle infezioni correlate all'assistenza. Nel primo semestre 2022 si evince, dalle check list compilate, che le principali infezioni riscontrate sono state infezioni da COVID-19 gestite come da normativa vigente, ed una infezione urinaria ricorrente di un paziente portatore di catetere vescicale a permanenza curato con cicli di antibiotico.</p>

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

	<p>Totale 48 gr di antibiotici somministrati nel primo semestre 2022</p> <p>In data 15.12.2022 il DS ha stilato il report per il secondo semestre 2022 da cui si evincono infezioni da COVID-19 gestite come da normativa vigente, una infezione urinaria da patogeno non noto rilevata a seguito di esami di routine. Si ripresenta sempre il caso di profilassi con diverso antibiotico per il paziente portatore di catere vescicale a permanenza. In questo 2 sem si rileva un consumo di antibiotici pari a 7,5 gr.</p> <p>Totale annuale consumo antibiotici: 55,5 gr.</p>
--	---

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- Direttore Sanitario/Risk Manager/Presidente del CCICA: ha sia responsabilità igienico-sanitarie che quelle relative alla gestione del rischio della struttura. Redige e monitora l'implementazione del PARS, della parte del Piano specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC (Centro Regionale del Rischio Clinico);
- Direttore del Centro: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
- Presidente/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS 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.

Di seguito si riporta la matrice delle responsabilità suddivise per la redazione, l'adozione e il monitoraggio del presente documento.

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA Risk Manager	Direttore del Centro	Presidente	Strutture di supporto
Redazione PARS	R	C	C	-
Adozione PARS	I	I	R	-
Monitoraggio PARS	R	C	I	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ DEL PARS 2023

6.1 OBIETTIVI

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le attività legate alla gestione del rischio sanitario. Il PARS del 2023 si basa sul principio cardine di rafforzare le attività di gestione del rischio già pianificate e intraprese nel corso del 2022 che rappresentano la struttura portante del sistema di governo del rischio clinico della struttura, e nel contempo, prevede l'ampliamento di alcune attività ritenute importanti per il raggiungimento degli **obiettivi strategici** stabiliti a livello regionale, così come di seguito riportati:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- 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.
- Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

6.2 ATTIVITÀ

Di seguito si riportano le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti. Fra attività ed obiettivi è indispensabile una assoluta coerenza.

Per ogni obiettivo strategico è riportata l'attività prevista con il relativo indicatore misurabile e lo standard che ci si prefigge di raggiungere entro il 2023.

Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 1

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.				
ATTIVITÀ 1	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale, anche neoassunto, finalizzato alla formazione sulla gestione del rischio clinico				
INDICATORE	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2023				
STANDARD	Almeno 1 evento formativo nell'anno				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	I	R	I

Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 2

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.				
ATTIVITÀ 2	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla Gestione e Monitoraggio delle ICA come da nuova Determinazione Regione Lazio del 28 Novembre 2022, n G16501 - Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"				
INDICATORE	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2023				
STANDARD	Almeno 1 evento formativo nell'anno				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	C	R	I

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 3

OBIETTIVO A	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.				
ATTIVITÀ 3	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla Prevenzione delle cadute dei pazienti come da nuova Determinazione Regione Lazio del 6 Novembre 2022, n G15198 - Approvazione del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita” in sostituzione del “Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”, di cui alla determinazione n. G12356 del 25.10.2016.				
INDICATORE	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 30/06/2023				
STANDARD	Almeno 1 evento formativo nell'anno				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	C	R	I

Tabella 8 – Obiettivo B – Attività 1

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	Aggiornamento continuo del protocollo aziendale per la gestione dell'emergenza SARS-CoV-2 sulla base delle normative regionali e nazionali				
INDICATORE	Almeno 1 aggiornamento nel corso dell'anno				
STANDARD	n. di aggiornamenti/revisioni/implementazioni di protocolli /istruzioni / modulistica nell'anno 2023				
FONTE	Direttore Sanitario e referenti della qualità.				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP	
Redazione	R	C	C	C	
Approvazione	R	C	C	C	
Diffusione	R	C	C	C	

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Tabella 9 – Obiettivo B – Attività 2

OBIETTIVO B	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi				
ATTIVITÀ 2	Aggiornamento procedura PO 03 riguardante la prevenzione delle cadute dei pazienti sulla base della Determinazione 06.11.2022 n. G15198 Adozione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita"				
INDICATORE	Aggiornamento procedurale entro il 30.06.2023				
STANDARD	Esecuzione di almeno 1 audit interno per verificare l'applicazione della Procedura 03 revisionata				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	R	C	C	R	I
Approvazione	C	C	I	R	I
Esecuzione	C	I	C	R	I

Tabella 10 – Obiettivo B – Attività 3

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 3	Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali.			
INDICATORE	Realizzazione di attività di auditing clinici/organizzativi in collaborazione con i responsabili di settore entro il 31/12/2023			
STANDARD	Esecuzione di almeno 1 audit sia a seguito di eventi sentinella, eventi avversi, near miss sia a seguito di segnalazioni interne o esterne.			
FONTE	Risk Manager			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RM	RSQ	Responsabili Settore
Programmazione	C	R	I	C
Esecuzione	C	R	I	C

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Tabella 11 – Obiettivo B – Attività 4

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 4	Progettazione ed esecuzione di un "Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari"				
INDICATORE	Esecuzione del corso e formazione sul campo rivolto al personale entro il 31/12/2023				
STANDARD	Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate				
FONTE	Risk Manager				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	C	R	C	R	I
Approvazione	C	R	I	R	I
Esecuzione	C	I	C	R	I

Tabella 12 – Obiettivo C – Attività 1

OBIETTIVO C	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi				
ATTIVITÀ 1	Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti				
INDICATORE	N° corsi formazione/informazioni lavaggio mani ≥ 1 rivolto al personale entro il 31.12.2023				
STANDARD	Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate				
FONTE	Direttore sanitario				
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ					
Azione	DS	RF	RSQ	RM	RSPP
Programmazione	R	R	C	C	I
Approvazione	R	R	I	C	I
Esecuzione	R	I	C	C	I

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Tabella 13 – Obiettivo C – Attività 2

OBIETTIVO C	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi			
ATTIVITÀ 2	Continuare a promuovere iniziative di informazione (ad es. in occasione della "Giornata mondiale dell'igiene delle mani" del 5 Maggio) per divulgare l'importanza dell'igiene delle mani anche tra pazienti e familiari mediante affissione di locandine, distribuzione di opuscoli e eventualmente mini-gel idroalcolici omaggio			
INDICATORE	N° di iniziative intraprese in un anno su lavaggio mani ≥ 1 entro il 05/05/2023			
STANDARD	Almeno 1 iniziativa intrapresa entro il 05/05/2023			
FONTE	Direttore sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	Responsabili Settore
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 14 – Obiettivo C – Attività 3

OBIETTIVO C	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi			
ATTIVITÀ 3	Aggiornamento annuale del Piano di azione locale sulla base delle risultanze della compilazione dei questionari di autovalutazione. N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello avanzato entro dicembre 2023			
INDICATORE	N° ≥ 1 di revisioni/aggiornamenti del piano di azione locale nel 2023 e N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello avanzato			
STANDARD	almeno 1 revisione/aggiornamento e almeno 1 azione intrapresa per il raggiungimento del livello avanzato			
FONTE	Direttore sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	Responsabili Settore
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Tabella 15 – Obiettivo C – Attività 4

OBIETTIVO C	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi			
ATTIVITÀ 4	Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali			
INDICATORE	N° di questionari con esito negativo / tot questionari $\leq 3\%$			
STANDARD	Compilazione del questionario per il 100% delle figure individuate			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	Responsabili Settore
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 16 – Obiettivo D – Attività 1

OBIETTIVO D	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 CPE			
ATTIVITÀ 1	Monitoraggio della prevalenza delle principali ICA (incluse CRE) tipico della comunità			
INDICATORE	1. Un Report (contenente n. ICA e n. infezioni da CRE) entro il 31/12/2023 2. Compilazione della check list di controllo delle ICA - sezione monitoraggio infezioni- effettuata semestralmente Giugno e Dicembre 2023			
STANDARD	Almeno un report annuale			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP
Verifica	R	I	C	C
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

Tabella 17 – Obiettivo D – Attività 2

OBIETTIVO D	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 CPE			
ATTIVITÀ 2	Implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE			
INDICATORE	N° infezioni/colonizzazioni da CRE in un anno su n° di tamponi rettali/coproculture in un anno			
STANDARD	< 5 %			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP
Verifica	R	I	C	C
Programmazione	R	I	C	C
Esecuzione	R	I	C	C

Tabella 17 – Obiettivo D – Attività 3

OBIETTIVO D	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 CPE			
ATTIVITÀ 3	Consolidamento del Monitoraggio uso antibiotici facendo un raffronto negli anni			
INDICATORE	1. Redazione Report entro il 31/12/2023 2. Compilazione Mod. 87 Monitoraggio consumo antibiotici entro il 31/12/2023			
STANDARD	Almeno 1 report annuo contenente i dati sopracitati e raffronto con l'anno precedente			
FONTE	Direttore Sanitario			
MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ				
Azione	DS	RSQ	RM	RSPP
Redazione	C	C	R	I
Approvazione	C	C	R	I
Diffusione	R	C	C	I

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS, redatto annualmente, dopo la sua approvazione, viene pubblicato sul sito dell'Associazione "Raggio di Sole ETS" (www.raggiodisoleonlus.it) sulla *home page* (o presenza di un *link* che rimandi

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

direttamente al documento) e ne viene data comunicazione, tramite avviso affisso in bacheca, al personale della struttura.

Entro il 28 febbraio 2022 il PARS in formato pdf nativo sarà inviato alla mail errc@regione.lazio.it per il caricamento sul *cloud* regionale.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determinazione G 00643 del 25/01/2022 avente ad oggetto l'Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
- Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851
- Determinazione Regione Lazio del 6 Novembre 2022, n G15198 - Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25.10.2016
- Determinazione Regione Lazio del 28 Novembre 2022, n G16501 - Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
- Determinazione 16 settembre 2021, n. G10851 - Adozione della revisione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari".
- Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00642 Adozione del "Documento di indirizzo sul consenso informato"
- Decreto Legislativo N. 502, 30 dicembre 1992 e successive modifiche e integrazioni: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- D.P.R. 14 gennaio 1997: Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D.Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009: Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità.
- Circolare Ministeriale n.52/1985: Lotta contro le Infezioni Ospedaliere.
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza
- 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.
- Decreto del 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità.
- DCA n° 490 del 21 ottobre 2016 Adempimenti delle strutture sanitarie relativi all'accreditamento.
- DCA n. U00328 del 4 novembre 2016

Personalità Giuridica DPR 14/03/74 n. 287 in G.U. n. 198 del 29/07/74

- LEGGE 8 marzo 2019, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.
- Decreto del Commissario ad acta n.U00469 del 07/11/2017 - Modifica al DCA 410/2019 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.lgs.502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DC A 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010/2012.

9. BIBLIOGRAFIA

- 1) Ministero della Salute - Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. *Risk Management in Sanità - Il problema degli errori*. Decreto Ministeriale 5 marzo 2003
- 2) Ministero della Salute, Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro, «Gazzetta ufficiale», 24 nov. 2005, n. 274.
- 3) WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 Save Surgery Save Live
- 4) Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
- 5) Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
- 6) Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:
- 7) Vincent C, La Sicurezza del Paziente Springer-Verlag Italia 2011 2ª Edizione
- 8) Apprendere dagli Errori Il Pensiero Scientifico Editore.
- 9) B. Andersen, T. Fagerhaug, Root cause analysis. Simplified tools and techniques, Milwaukee (Wis.) 2000, 20062.
- 10) IOM (Institute Of Medicine of the National academies), To err is human. Building a safer health system, ed. L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, WashingtonD.C. 2000.
- 11) Reason, Human error. Models and management, «BMJ. British medical journal», 2000, 320, 7237, pp. 768-70.
- 12) C. Vincent. Clinical risk management. Enhancing patient safety, ed., London 2012.
- 13) S.A. Nashef, What is a near miss?, «The lancet», 2003, 361, 9352, pp. 180-81.
- 14) G.R. Baker, Harvard medical practice study, «Quality and safety in health care», 2004, 13, 2, pp. 151-52.
- 15) M. Geddes Da Filicaia, Guida all 'audit clinico. Pianificazione, preparazione e conduzione, Roma 2008.

PIANO DI AZIONE LOCALE

TABELLA A1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		R	T
AZIONE			
Esaminare le informazioni disponibili sulla <i>compliance</i> all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.	DS	1 MESE	Nella struttura tutti gli operatori sanitari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani e sulle ICA, attraverso corsi di formazione.
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: <ul style="list-style-type: none"> • Indagine sui singoli Reparti/Servizi; • Indagine sul consumo di soluzione alcolica. 	DS	15 GIORNI	Tutte le stanze sono dotate di dispenser di soluzione idroalcolica, ed il rapporto lavadini letti è almeno 1:10 nell'intera struttura
Definire con la Direzione Strategica gli eventuale adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.	DS	15 GIORNI	
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.	DS	1 MESE	Come da checklist consumo prodotti

PUNTEGGIO SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI:

100-AVANZATO

AZIONI DA ATTUARE PER IL MIGLIORAMENTO : valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso.

PIANO DI AZIONE LOCALE

TABELLA B1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

FORMAZIONE DEL PERSONALE

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisognilocali.	DS	1 mese		Osservatori e addetti alla formazione seguono sessioni di formazione pratica per apprendere dove e come effettuare l'igiene delle mani, in base ai principi delineati nei Cinque momenti per l'igiene delle mani. La formazione di base per osservatori e addetti alla formazione illustra l'importanza della prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria, le modalità di trasmissione di queste ultime, le indicazioni sull'igiene delle mani e le tecniche in accordo con le raccomandazioni OMS.
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.	DS	1 mese		Le attività formative sono declinate all'interno di un piano formativo riprogettato sulla base del piano di intervento regionale.
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).	DS	1 mese		Direttore Sanitario
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	DS	1 mese		Coordinatore infermieristico
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	DS	1 mese		2 ore di formazione annuale per tutti gli operatori sanitari, e neoassunti Addestramento sul campo per osservatori

PIANO DI AZIONE LOCALE

Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevono una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	DS	1 mese	Il percorso formativo degli osservatori è documentato, e la loro competenza viene rivalutata periodicamente (annualmente) attraverso il modulo mantenimento competenze. La validazione dei nuovi osservatori compete al Direttore Sanitario. Le attività di addestramento saranno effettuate nelle aree che dovranno essere valutate in futuro dall'osservatore.
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.	DS	1 mese	Come da piano annuale di formazione
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	DS	1 mese	In caso di mancata o scarsa partecipazione da parte degli operatori alla formazione, verrà aperta una non conformità.
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).	DS	1 mese	Annualmente gli operatori sanitari partecipano a sessioni formative sull'igiene delle mani e sul controllo delle ICA. Il mantenimento delle competenze, viene monitorato attraverso la checklist mantenimento competenze.
Definire un sistema per aggiornare la formazione e i verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari(ad esempio annualmente).	DS	1 mese	Come da modulo mantenimento competenze
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	DS	1 mese	Distribuzione a tutti gli operatori di opuscoli sull'igiene delle mani durante le sessioni formative. Organizzazione nella giornata mondiale del 5 maggio con distribuzione di opuscoli e piccole confezioni di gel alcolico a tutti i visitatori
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione a la sostituzione di quello obsoleto.	DS	1 mese	Il materiale per la formazione viene regolarmente aggiornato e revisionato con sostituzione di quello obsoleto

PIANO DI AZIONE LOCALE

PUNTEGGIO SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE:

90-AVANZATO

AZIONI DA ATTUARE PER IL MIGLIORAMENTO: valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione.

TABELLA C1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

AZIONE		R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI
MONITORAGGIO E FEEDBACK					
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della compliance sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto; indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone/asciugamani; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.	DS1	1 mese			È stato predisposta la checklist per l'osservazione diretta della compliance sull'igiene delle mani, sul consumo di soluzione alcolica e sapone, nonché la checklist sull'indagine di percezione per gli operatori sanitari e sulla conoscenza.
Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la struttura	DS1	1 mese			Riunione verbale con operatori di tutta la struttura per comunicare l'avvio attività di valutazione e feedback
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).	DS1	1 mese			Componenti del CCICA
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.	DS1	1 mese			Dopo la somministrazione del questionario, viene dato un feedback verbale immediato sul risultato. Eventuali difformità da quanto pianificato verrà prontamente gestito con l'apertura di una NC.
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).	DS1	1 mese			Coordinatore infermieristico
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).	DS1	1 mese			Come da piano annuale di formazione e checklist mantenimento competenze annuale
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.	DS1	1 mese			Dopo la somministrazione del questionario, viene

PIANO DI AZIONE LOCALE

		me se	dato un feedback verbale immediato sul risultato, così come per l'osservazione diretta
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato (ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi).	DS1	me se	Piano annuale delle osservazioni
Presentare i risultati delle osservazioni secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.	DS1	me se	Per ogni sessione di osservazione, viene osservata una o due figure professionali, secondo una cadenza trimestrale. Annualmente vengono discussi i risultati con i membri del CCICA.
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.	DS1	me se	Vedi PARS
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.	DS1	me se	Vedi PARS e checklist ICA
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.	DS1	me se	checklist ICA
Considerare la possibilità di pubblicare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura in una rivista con revisione tra pari, in una rivista specializzata o in una newsletter interna	DS1	me se	Pubblicazione intranet e sul sito web
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA presso la struttura in occasione di conferenze locali, nazionali o internazionali.			N.A

PIANO DI AZIONE LOCALE

PUNTEGGIO SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

80-AVANZATO

AZIONI DA ATTUARE PER IL MIGLIORAMENTO: condurre il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani almeno ogni 3 mesi in aree ad alto rischio e possibilmente in tutta la Struttura.

TABELLA D1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
COMUNICAZIONE PERMANENTE			
AZIONE	R	T	M
	RISULTATO DELLE AZIONI		
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.	DS1	1 mese	
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	DS1	1 mese	L'aggiornamento dei materiali informativi sull'igiene delle mani, viene fatto regolarmente, con sostituzione di quello obsoleto all'occorrenza.
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.	DS1	1 mese	In tutti gli ambienti sono esposti poster sul corretto lavaggio delle mani con acqua e sapone e con frizione alcolica.
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).	DS1	1 mese	Ogni giorno, il personale si assicura che i poster sul corretto lavaggio delle mani siano in buone condizioni. In caso di usura, verranno prontamente sostituiti
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.	DS1	1 mese	Durante le sessioni formative sull'igiene delle mani, verranno distribuiti opuscoli a tutti gli operatori sanitari, e saranno esposti in tutti gli ambienti.
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	DS1	1 mese	Continua revisione del materiale formativo

PIANO DI AZIONE LOCALE

PUNTEGGIO SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

95-AVANZATO

AZIONI DA ATTUARE PER IL MIGLIORAMENTO: Raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti. Produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli, basati su specificità locali e sui media disponibili.

TABELLA E1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT					
AZIONE		R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo.		DS1	mese	/	
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.		DS1	mese	/	
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.		DS1	mese		e-mail su iniziative igiene mani
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.		DS1	mese		CCICA
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.		DS1	mese		Annuale con il CCICA
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.		DS1	mese		pubblicazione delle attività igiene mani nella Giornata del 5 maggio
Rivedere l'attuale coinvolgimento dei pazienti nelle attività di miglioramento dell'assistenza sanitaria e considerare i tempi per avviare discussioni/collaborazioni continue con le principali organizzazioni di pazienti.		DS1	mese		Distribuzione di poster ed opuscoli sull'igiene delle mani ai pazienti e familiari
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).		DS1	mese		Opuscoli informative/Brochure

PIANO DI AZIONE LOCALE

Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.	DS1 mese	
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	DS1 mese	Obbiettivi PARS e indicatori
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	DS1 mese	

PUNTEGGIO SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

75-INTERMEDIO

AZIONI DA ATTUARE PER IL MIGLIORAMENTO: proseguire con un' autovalutazione periodica (almeno annualmente), e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti. Sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti ed i visitatori. Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali.

Igiene delle mani inserita negli indicatori della struttura, e negli obiettivi annuali del PARS.

Data 12/01/2023

Firma DS

Associazione **RAGGIO DI SOLE ETS**
DIRETTORE MEDICO
L.S.S. ARIANNA VITALE