




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

REV.	Data emissione	N° pag.	Causale preparazione modifica documento	Emissione		Verifica e approvazione		Verifica e approvazione	
				Funz.	Firma	Funz.	Firma	Funz.	Firma
0	19.02.2024	30	Prima emissione del PARS 2024	DS/RM		DdC		Legale Rappresentante	

## INDICE

PREMESSA .....	3
1. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....	4
1.1 SPECIFICITÀ ORGANIZZATIVE IN RELAZIONE AL RISCHIO INFETTIVO .....	7
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	10
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA .....	12
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE.....	13
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS .....	19
6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ DEL PARS 2024.....	20
6.1 OBIETTIVI .....	20
6.2 ATTIVITÀ .....	21
7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	28
8. PIANO DI AZIONE LOCALE .....	28
9. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	28
10. BIBLIOGRAFIA .....	30

## 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](mailto: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.

Inoltre, facendo seguito a quanto anticipato nel corso dell'ultimo Tavolo permanente del 21.12.2023 si riportano alcune attività che le strutture dovranno focalizzare per il 2024:

1. Consumo di soluzione idroalcolica (SIA)
2. Piano di azione locale sull'igiene delle mani.

**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 e degli operatori.

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 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:

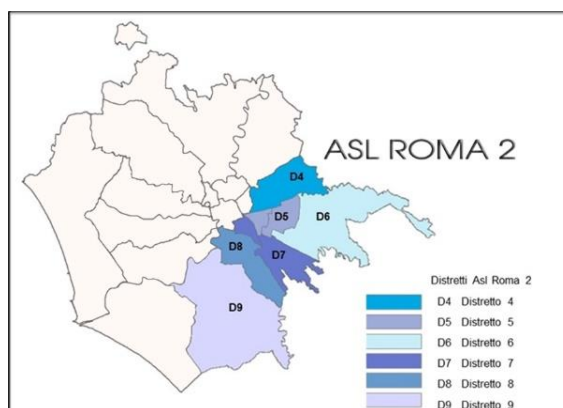
- promuovere la cultura della sicurezza;
- rilevare i rischi presenti nella realtà aziendale;
- intraprendere azioni mirate ad individuare, ridurre e prevenire l'incidenza di eventi avversi per pazienti ed operatori;
- migliorare la qualità del servizio offerto ai pazienti;
- dare un ruolo più attivo al cittadino-fruitore 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.

La Azienda ASL Roma 2 è stata istituita con Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 606/2015. Con pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio n. 69 del 18/08/2022, con Determina regionale n.G10565 del 04/08/2022, sono state approvate le modifiche parziali dell'Atto Aziendale della ASL Roma 2 (DCA n. U00157/2019 come integrato dal DCA n. U00408/2019, parzialmente modificato dalle Determinazioni G11797/2020 e G00526/2021).

La Asl Roma 2 si estende nell'area sud est della Città di Roma, su una superficie di 470 km<sup>2</sup>. La popolazione residente è circa 1.300.00 abitanti, pari al 45% della popolazione comunale con una densità media di 2.800 abitanti per km<sup>2</sup>.

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.

In data 12/8/2021 con prot. 0147189/2021 la ASL Roma 2 ha comunicato l'esito della verifica della conformità della nostra struttura, rispetto ai requisiti ulteriori di accreditamento previsti dall'allegato "B" Manuale per l'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie sociosanitarie del DCA n. U00469 del 07/11/0207 e più precisamente quelli esplicitati nel Capitolo "Accreditamento Istituzionale delle strutture extra-ospedaliera".

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 la Carta Europea dei Diritti del Malato (allegata alla Carta dei Servizi).

Per quanto riguarda le tariffe attualmente viene applicata la DGR n. 138 del 29/03/2022: Integrazioni e modifiche alla DGR n. 979 dell'11 dicembre 2020, recante modifiche ed integrazioni al DCA n. U00434/2012 relativo ai requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture che erogano attività riabilitativa a persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale.

Mentre per quanto riguarda i "Criteri di eleggibilità ai percorsi di riabilitazione territoriale" viene applicata la DCA 101/2020 che prevede trattamenti socioriabilitativi sia in regime residenziale che semiresidenziale.

Come previsto dalla DGR 138/2022 e ribadito dalla DGR 882/2022, per gestire la lista d'attesa centralizzata per l'accesso alle Strutture Sanitarie Riabilitative ex art. 26 L. 833/78 che erogano prestazioni di riabilitazione territoriale, la ASL Roma 2 ha implementato un programma di gestione delle liste di attesa (L.UN.A.- Lista di attesa UNICA) attraverso l'utilizzo del Portale L.UN.A., nel pieno rispetto della normativa sulla privacy. Il nostro Centro tiene costantemente aggiornato il portale stesso.

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 cucina, musica, 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.

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.

## **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	7.269 (di cui 219 assenze)	Prestazioni/ accessi semiresidenziali	6.465 (di cui 1100 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, aggiornato il 14 gennaio 2022 e nuovamente il 23/05/23, 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 difficoltà relative alla capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, vanificandone l'efficacia.

Nell'ottica della prevenzione delle infezioni anche nel 2023 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 2023 (confrontati con il 2022) sul consumo dei prodotti idroalcolici, prodotti sanificanti e DPI sono sintetizzati nella seguente tabella:

Presidio	Tipologia	Quantità 2023	Quantità 2022
Prodotti idroalcolici	Alcol	25 litri	32 litri
	Gel idroalcolico mani	25 litri	35 litri
DPI	Mascherine	1.610	8.807
	Visiere	0	341
	Guanti	19.900	22.700
	Camici	0	92
	Occhiali di protezione	0	36
	Tute	0	349
Disinfettanti	Disinfettante sanificazione ambienti e arredi	284	298

Nel corso dell'anno 2023 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
06.12.2023	Acqua di rete prelevata da rubinetto lavabo cucina – (12°C)	Conta di batteri coliformi a 37°C Conta di Enterococchi Conta di Escherichia Coli Conta di microrganismi vitali a 22°C	0 0 0 63 CAMPIONE CONFORME
06.12.2023	Acqua di rete prelevata da LAVABO BAGNO SPOGLIATOIO PIANO 3 – circuito acqua calda - modalità post-flushing	Conta di Legionella spp	<50
06.12.2023	Acqua di rete prelevata da bagno n. 009 A-piano -1 – circuito acqua calda (46°C) modalità post-flushing	Conta di Legionella spp	<50
06.12.2023	Acqua di rete prelevata da rubinetto lavabo bagno n.108 uomini 1 piano – circuito acqua calda (43°C) modalità post-flushing	Conta di Legionella spp	<50
06.12.2023	Acqua di rete prelevata da rubinetto lavabo cucina – (12°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
06.12.2023	Prelievo di superficie eseguito su filtro condizionatore stanza n. 7 guardaroba piano -1	Conta di Legionella spp	<50

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

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 24.07.2023 e 07.12.2023 un report semestrale sul consumo degli antibiotici analizzando i dati scaturiti dal Mod.87 Monitoraggio consumo antibiotici.

Nel corso del 2023 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 2023
<b>Infezioni da COVID -19</b>	15	Di cui 1 trattato con antibiotico per 6 giorni	24,5 gr + 12 grammi per il trattamento di subocclusione intestinale (Trattamento antibiotico per 8 giorni)
<b>Infezioni del Basso Tratto Respiratorio, esclusa polmonite</b>	1 BPCO	Trattamento antibiotico per 5 giorni	
<b>Infezioni del Tratto Urinario</b>	3	Si tratta di profilassi per infezione urinaria ricorrente in paziente con catetere a permanenza	
<b>Infezioni di Occhio, Orecchio, Naso, Cavità Orale</b>	1 infezione dentaria (ascesso)	patogeno non noto - Trattamento antibiotico per 6 giorni	
<b>Infezioni di Cute e Tessuti Molli</b>	/	/	

### 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.

### 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 DA 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.

Sono stati distribuiti DPI idonei allo svolgimento delle mansioni e adeguati al contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2. Inoltre, durante il 2023 è stata effettuata la sorveglianza attiva con esecuzione di tampone rapido agli operatori 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 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 2023 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 2023, 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 2023**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
<b>Near Miss</b>	0%	0%	Strutturali 0 (%) Tecnologici 0 (%) Organizzativi 0 (%)	Strutturali 0 (%) Tecnologiche 0 (%)	Sistemi di reporting e cartelle

<b>Eventi Avversi</b>	1 (20%)	1 (100%)	Procedure/ Comunicazione 0 (%)	Organizzative 0 (%)	cliniche degli utenti (100%)
<b>Eventi Sentinella</b>	4 (80%)	0 (%)	Fattori legati al paziente (pazienti in particolari condizioni cliniche di fragilità) 5 (100%)	Procedure/ Comunicazione 0 (%)  Utilizzo di presidi 0 (%)	

Da quanto si evince dalla tabella riepilogativa degli eventi avversi/eventi sentinella/near miss, nel corso del 2023 si sono verificati:

- 1 evento avverso (1 caduta accidentale come da Incident reporting “Rapporto di segnalazione eventi avversi” del 03.10.23);
- 4 eventi sentinella derivanti da atti di aggressione di un paziente verso altri pazienti e verso un operatore come da Incident reporting “Rapporto di segnalazione eventi avversi” del 20.01.23, 17.02.23, del 21.02.23,

Tra i principali fattori causali/contribuenti degli eventi esaminati, si rileva: lo stato di fragilità dei pazienti responsabile dell'accadimento di tutti gli eventi. È necessario sottolineare il fatto che la tipologia di pazienti trattati nella struttura RdS sono persone affette da disturbi psichiatrici, spettro autistico, psicosi e ritardo mentale.

Definizione Eventi<sup>1</sup>:

- **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.

<sup>1</sup> \* Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”

- 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 e nella 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 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 <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

(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
<b>2022</b>	01/01/2023	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
<b>2023</b>	01/01/2024	Generali Italia S.p.A.	€ 4.450	RCT: euro 2.500 per attività riabilitativa, euro 1.000 per attività non riabilitativa
<b>2024</b>	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 2023 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 31.12.2023.

**Tabella 5 a –Resoconto delle attività del PARS precedente**

<b>Obiettivo A - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 1:</b> 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 09.01.23 (OSS), 28.03.23 (terapista occupazionale), 03.07.23 (terapista occupazionale), 28.11.23 (Ausiliaria) – a tutti gli operatori 10.01.23 (Gestione dei rifiuti speciali) 06.11.2023 (Prevenzione e gestione delle cadute paziente/ gestione del sistema di incident reporting e degli eventi avversi-near miss e degli eventi sentinella) - 06.11.2023 (Prevenzione atti di

		violenza a danno degli operatori) 05.05.23 (Prevenzione, Gestione e Monitoraggio delle ICA e Igiene delle mani) - 06.11.2023 (Prevenzione, Gestione e Monitoraggio delle ICA e Igiene delle mani) - 06.11.2023 (Gestione del rischio clinico) - 12.07.23 (Prevenzione e gestione cadute paziente)
<b>Attività 2:</b> Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla Gestione e Monitoraggio delle ICA	Sì	Effettuati incontri formativi con il personale neoassunto sul Rischio clinico come da verbali del 09.01.23 (OSS), 28.03.23 (terapista occupazionale), 03.07.23 (terapista occupazionale), 28.11.23 (Ausiliaria) – a tutti gli operatori 05.05.23 (Prevenzione, Gestione e Monitoraggio delle ICA e Igiene delle mani) 06.11.2023 (Prevenzione, Gestione e Monitoraggio delle ICA e Igiene delle mani) - 06.11.2023 (Gestione del Rischio Clinico)
<b>Attività 3:</b> 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.	Sì	Effettuati incontri formativi con il personale neoassunto sul Rischio clinico come da verbali del 09.01.23 (OSS), 28.03.23 (terapista occupazionale), 03.07.23 (terapista occupazionale), 28.11.23 (Ausiliaria) – a tutti gli operatori 06.11.2023 Prevenzione e gestione delle cadute paziente/ gestione del sistema di incident reporting e degli eventi avversi-near miss e degli eventi sentinella) - 12.07.23 (Prevenzione e gestione cadute paziente)

**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
<b>Attività 1:</b> Aggiornamento continuo del protocollo aziendale per la gestione dell'emergenza SARS-CoV-2 sulla base delle normative regionali e nazionali	Sì	Revisione della IO 14: Nuove modalità di gestione dei casi e dei contatti stretti di caso COVID-19 rev. 1 del 03.05.2023 come da Ordinanza del 28.04.23 su proroga utilizzo mascherine fino al 31.12.23
<b>Attività 2:</b> 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"	Sì	Revisione 1 del 26.06.23 della PO 03 Procedura per la prevenzione delle cadute dei pazienti. Redazione del Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita Rev. 0 del 26/06/23. Audit del 03.01.2024
<b>Attività 3:</b> Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali	Sì	Effettuato un audit clinico a seguito di atti aggressivi ripetuti di uno stesso utente (del 21.02.23) come da verbale di Audit clinico del 21.02.23. Audit interno del 03.01.2024
<b>Attività 4:</b> Progettazione ed esecuzione di un "Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari"	Sì	Effettuato un incontro formativo con il personale in data 06.11.2023 sulla Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori

**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
----------	------------	---------------------

<p><b>Attività 1:</b> Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti</p>	<p>Sì</p>	<p>Effettuato corso di formazione al personale su Prevenzione, Gestione e Monitoraggio delle ICA e Igiene delle mani in data 05.05.23 e 06.11.2023. Effettuati incontri formativi al personale neoassunto sul Rischio clinico tra i cui argomenti risulta anche il lavaggio delle mani come da verbali del 09.01.23 (OSS), 28.03.23 (terapista occupazionale), 03.07.23 (terapista occupazionale), 28.11.23 (Ausiliaria)</p>
<p><b>Attività 2:</b> 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</p>	<p>Sì</p>	<p>In data 05/05/23 in occasione della Giornata mondiale dell'Igiene delle mani è stata distribuita una brochure e proiettato un video relativo alla corretta modalità del lavaggio delle mani. Alla proiezione hanno partecipato tutti gli utenti e sono stati distribuiti kit di soluzione idroalcolica. Sono state inviate inoltre le suddette brochure ai familiari tramite il servizio di trasporto. Verbale di formazione del 05.05.2023</p>
<p><b>Attività 3:</b> 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 intermedio entro dicembre 2023</p>	<p>Sì</p>	<p>È stato redatto il Piano di azione locale in data 24.01.2024 sulla base delle risultanze dei questionari compilati in data 12.01.2024. Il punteggio è risultato tra intermedio ed avanzato e quindi ottimo. Le azioni intraprese per il raggiungimento del livello intermedi/avanzato al 31.12.23 sono indicate nel Piano di Azione locale 2024 allegato.</p> <p>È stato aggiornato il Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani P-IMM, emesso in Ed. 2 rev. 0 del 26.01.23</p>
<p><b>Attività 4:</b> Verifica mantenimento delle competenze degli operatori sanitari e degli osservatori attraverso valutazioni annuali</p>	<p>Sì</p>	<p>La verifica del mantenimento delle competenze dell'anno 2023 è stata effettuata in data 30.01.2024 sia per gli osservatori che per il personale sanitario e l'esito della valutazione è positivo per tutti gli operatori.</p> <p>0 / 24 = 0 questionari con esito negativo</p>



In allegato il Piano di Azione locale relativo all'anno 2024

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	Realizzata	Stato di attuazione
<p><b>Attività 1:</b> Monitoraggio della prevalenza delle principali ICA (incluse CRE) tipico della comunità</p>	Sì	<p>In data 24.07.23 – 07.12.23 – 27.12.23 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 2023 il controllo effettuato mediante check list e analisi della cartella clinica ha prodotto un risultato globalmente positivo. È stata riscontrata una infezione dentaria (ascesso); 1 infezione da Covid-19. Nessuna infezione da CRE nel periodo considerato.</p> <p>In data 07.12.2023 e 27.12.23 il DS ha stilato il report per il secondo semestre 2023 da cui si evincono 14 infezioni da Covid-19, per le quali gli utenti sono stati prontamente isolati in struttura, come da protocollo, e risolti senza complicazioni. Si sono rilevate 2 infezioni del tratto urinario relative ad un utente portatore di catetere a permanenza, 1 infezione del basso tratto respiratorio di patogeno sconosciuto. Sono state applicate e rispettate tutte le precauzioni previste dalle procedure e istruzioni operative relative: PO 15, PO 20, PO16, PO18, PO19, IO 1, IO 10, IO11, IO 12.</p> <p>Il monitoraggio relativo al consumo di antibiotici ha avuto esito positivo. La prescrizione di antibiotici è avvenuta su indicazione dei medici di medicina generale o di specialisti esterni alla struttura. Non sono state riscontrate infezioni invasive da CPE.</p>

		<p>Aggiornamento della PO-20 Gestione delle ICA in data 20.03.2023 per adeguamento alla 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)”</p>
<p><b>Attività 2:</b> Implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tamponi rettali/coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE</p>	<p>Sì</p>	<p>Nessuna infezione/colonizzazione da CRE nell’anno 2023 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 27.07.2023, 07.12.2023 e 27.12.23 un report semestrale sul consumo degli antibiotici analizzando i dati dal Mod. 87 Monitoraggio consumo antibiotici.</p>
<p><b>Attività 3:</b> Consolidamento del Monitoraggio uso antibiotici facendo un raffronto negli anni.</p>	<p>Sì</p>	<p>Nel primo semestre in data 24.07.23 è stata riscontrata una infezione dentaria (ascesso) per la quale lo specialista ha prescritto adeguato antibiotico; 1 infezione da Covid-19, per la quale, lo specialista internista di riferimento ha prescritto un antibiotico. Si è rilevata la prescrizione di un antibiotico, ad opera del medico di medicina generale, per la profilassi di infezione urinaria in paziente portatore di catetere a permanenza.</p>

	<p>Nel secondo semestre in data 07.12.23 e 27.12.23 sono rilevate 2 infezioni del tratto urinario relative ad un utente portatore di catetere a permanenza, per le quali il medico di base ha prescritto adeguato antibiotico, 1 infezione del basso tratto respiratorio di patogeno sconosciuto per la quale è stato prescritto relativo antibiotico dal medico di medicina generale. una subocclusione intestinale per la quale è stato prescritto relativo antibiotico in regime ospedaliero ed un ascesso dentario su prescrizione dello specialista.</p> <p>Totale annuale consumo antibiotici anno 2022: 55,5 gr.</p> <p>Totale annuale consumo antibiotici anno 2023: 36,5 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.

**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 2024

### 6.1 OBIETTIVI

In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le attività legate alla gestione del rischio sanitario. Il PARS del 2024 si basa sul principio cardine di rafforzare le attività di gestione del rischio già pianificate e intraprese nel corso del 2023 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:

- a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- c) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- d) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

## 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 2024.

**Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 1**

<b>OBIETTIVO A</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.				
<b>ATTIVITÀ 1</b>	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale, anche neoassunto, finalizzato alla formazione sulla gestione del rischio clinico.				
<b>INDICATORE</b>	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2024				
<b>STANDARD</b>	Almeno 1 evento formativo nell'anno				
<b>FONTE</b>	Risk Manager				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	C	R	C	R	I
<b>Approvazione</b>	C	R	I	R	I
<b>Esecuzione</b>	C	I	I	R	I

**Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 2**

<b>OBIETTIVO A</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.				
<b>ATTIVITÀ 2</b>	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale finalizzato alla formazione sulla Gestione e Monitoraggio delle ICA come da 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)”				
<b>INDICATORE</b>	Esecuzione del corso a tutto il personale entro il 31/12/2024				
<b>STANDARD</b>	Almeno 1 evento formativo nell'anno				
<b>FONTE</b>	Risk Manager				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	C	R	C	R	I
<b>Approvazione</b>	C	R	I	R	I
<b>Esecuzione</b>	C	I	C	R	I

**Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 3**

<b>OBIETTIVO A</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.				
<b>ATTIVITÀ 3</b>	Progettazione ed esecuzione di un incontro formativo rivolto al personale in essere e/o neoassunto finalizzato alla formazione sulla Prevenzione delle cadute dei pazienti come da 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.				
<b>INDICATORE</b>	Esecuzione del corso al personale in essere o neoassunto entro il 31.12.24				
<b>STANDARD</b>	Almeno 1 evento formativo nell’anno				
<b>FONTE</b>	Risk Manager				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	C	R	C	R	I
<b>Approvazione</b>	C	R	I	R	I
<b>Esecuzione</b>	C	I	C	R	I

**Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 4**

<b>OBIETTIVO A</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.				
<b>ATTIVITÀ 4</b>	Aggiornamento della PO 20 Procedura Gestione infezioni correlate all’assistenza (ICA) inserendo una sezione per le precauzioni /azioni per la gestione dell’infezione COVID- 19 sulla base delle normative regionali e nazionali.				
<b>INDICATORE</b>	Revisione della procedura nel corso dell’anno				
<b>STANDARD</b>	Esecuzione di almeno 1 audit interno per verificare l’applicazione della Procedura 20 revisionata				
<b>FONTE</b>	Direttore Sanitario e referente della qualità				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	R		C	C	I
<b>Approvazione</b>	R		C	C	I
<b>Esecuzione</b>	R		C	C	I

**Tabella 7 – Obiettivo A – Attività 5**

<b>OBIETTIVO A</b>	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.				
<b>ATTIVITÀ 5</b>	Aggiornamento della IO 12 Istruzione Controllo della diffusione delle enterobatteriaceae resistenti ai carbapenemi				

<b>INDICATORE</b>	Revisione dell'istruzione nel corso dell'anno			
<b>STANDARD</b>	Esecuzione di almeno 1 audit interno per verificare l'applicazione dell'Istruzione 12 revisionata			
<b>FONTE</b>	Direttore Sanitario e referente della qualità			
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	R	C	C	I
<b>Approvazione</b>	R	C	C	I
<b>Esecuzione</b>	R	C	C	I

**Tabella 8 – Obiettivo B – Attività 1**

<b>OBIETTIVO B</b>	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi			
<b>ATTIVITÀ 1</b>	Monitoraggio continuo degli eventi avversi, eventi sentinella e dei "near miss" secondo la PO 09 "Procedura per la gestione del sistema di Incident Reporting e degli Eventi Avversi/Near Miss/Eventi Sentinella" e relativa modulistica secondo la Determinazione 20 luglio 2021 n. G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"			
<b>INDICATORE</b>	N° eventi avversi/eventi sentinella/near miss in un anno			
<b>STANDARD</b>	≤ 1			
<b>FONTE</b>	Risk manager			
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RM</b>	<b>RSQ</b>	
<b>Redazione</b>	C	R	I	
<b>Approvazione</b>	R	C	I	
<b>Diffusione</b>	R	C	I	

**Tabella 10 – Obiettivo B – Attività 2**

<b>OBIETTIVO B</b>	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi			
<b>ATTIVITÀ 2</b>	Promozione ed esecuzione di attività di auditing clinici/organizzativi nelle aree aziendali.			
<b>INDICATORE</b>	Realizzazione di attività di auditing clinici/organizzativi in collaborazione con i responsabili di settore entro il 31/12/2024			
<b>STANDARD</b>	Esecuzione di almeno 1 audit sia a seguito di eventi sentinella, eventi avversi, near miss sia a seguito di segnalazioni interne o esterne.			
<b>FONTE</b>	Risk Manager			
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RM</b>	<b>RSQ</b>	<b>Responsabili Settore</b>
<b>Programmazione</b>	C	R	I	C
<b>Esecuzione</b>	C	R	I	C

**Tabella 11 – Obiettivo B – Attività 3**

<b>OBIETTIVO B</b>	Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi				
<b>ATTIVITÀ 3</b>	Progettazione ed esecuzione di un “Corso sulla prevenzione di atti di violenza agli operatori sanitari e non sanitari”				
<b>INDICATORE</b>	Esecuzione del corso e formazione sul campo rivolto al personale entro il 31/12/2024				
<b>STANDARD</b>	Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate				
<b>FONTE</b>	Risk Manager				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	C	R	C	R	I
<b>Approvazione</b>	C	R	I	R	I
<b>Esecuzione</b>	C	I	C	R	I

**Tabella 12 – Obiettivo C – Attività 1**

<b>OBIETTIVO C</b>	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il
--------------------	---



	31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi				
<b>ATTIVITÀ 1</b>	Progettazione ed esecuzione di almeno un corso di informazione/formazione l'anno sul lavaggio delle mani al personale sanitario e ai nuovi assunti				
<b>INDICATORE</b>	N° corsi formazione/informazioni lavaggio mani $\geq 1$ rivolto al personale entro il 31.12.2024				
<b>STANDARD</b>	Partecipazione al percorso formativo in aula e sul campo del 100% delle figure individuate				
<b>FONTE</b>	Direttore sanitario				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RF</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Programmazione</b>	R	R	C	C	I
<b>Approvazione</b>	R	R	I	C	I
<b>Esecuzione</b>	R	I	C	C	I

**Tabella 13 – Obiettivo C – Attività 2**

<b>OBIETTIVO C</b>	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi				
<b>ATTIVITÀ 2</b>	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				
<b>INDICATORE</b>	N° di iniziative intraprese in un anno su lavaggio mani $\geq 1$ entro il 05/05/2024				
<b>STANDARD</b>	Almeno 1 iniziativa intrapresa entro il 05/05/2024				
<b>FONTE</b>	Direttore sanitario				
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>					
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>Responsabili Settore</b>	
<b>Programmazione</b>	R	I	C	C	
<b>Esecuzione</b>	R	I	C	C	

**Tabella 14 – Obiettivo C – Attività 3**

<b>OBIETTIVO C</b>	Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi			
<b>ATTIVITÀ 3</b>	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 intermedio entro dicembre 2023 e del mantenimento e miglioramento continuo per gli anni successivi			
<b>INDICATORE</b>	N° $\geq$ 1 di revisioni/aggiornamenti del piano di azione locale nel 2024 e N° azioni intraprese per il raggiungimento del livello intermedio e del continuo miglioramento			
<b>STANDARD</b>	almeno 1 revisione/aggiornamento e almeno 1 azione intrapresa per il raggiungimento del livello intermedio e del continuo miglioramento			
<b>FONTE</b>	Direttore Sanitario			
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>Responsabili Settore</b>
<b>Programmazione</b>	R	I	C	C
<b>Esecuzione</b>	R	I	C	C

**Tabella 15 – Obiettivo C – Attività 4**

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

**Tabella 16 – Obiettivo D – Attività 1**

<b>OBIETTIVO D</b>	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			
<b>ATTIVITÀ 1</b>	Monitoraggio della prevalenza delle principali ICA (incluse CRE) tipico della comunità			
<b>INDICATORE</b>	1. Un Report (contenente n. ICA e n. infezioni da CRE) entro il 31/12/2024 2. Compilazione della check list di controllo delle ICA - sezione monitoraggio infezioni- effettuata semestralmente Giugno e Dicembre 2024			
<b>STANDARD</b>	Almeno un report annuale			
<b>FONTE</b>	Direttore Sanitario			
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Verifica</b>	R	I	C	C
<b>Programmazione</b>	R	I	C	C
<b>Esecuzione</b>	R	I	C	C

**Tabella 17 – Obiettivo D – Attività 2**

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

**Tabella 17 – Obiettivo D – Attività 3**

<b>OBIETTIVO D</b>	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			
<b>ATTIVITÀ 3</b>	Consolidamento del Monitoraggio uso antibiotici facendo un raffronto negli anni			
<b>INDICATORE</b>	1. Redazione Report entro il 31/12/2024 2. Compilazione Mod. 87 Monitoraggio consumo antibiotici entro il 31/12/2024			
<b>STANDARD</b>	Almeno 1 report annuo contenente i dati sopracitati e raffronto con l'anno precedente			
<b>FONTE</b>	Direttore Sanitario			
<b>MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ</b>				
<b>Azione</b>	<b>DS</b>	<b>RSQ</b>	<b>RM</b>	<b>RSPP</b>
<b>Redazione</b>	C	C	R	I
<b>Approvazione</b>	C	C	R	I
<b>Diffusione</b>	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](http://www.raggiodisoleonlus.it)) sulla *home page* (o presenza di un *link* che rimandi direttamente al documento) e ne viene data comunicazione, tramite avviso affisso in bacheca, al personale della struttura.

**Entro il 28 febbraio 2024 il PARS in formato pdf nativo sarà inviato alla mail [crcc@regione.lazio.it](mailto:crcc@regione.lazio.it) per il caricamento sul *cloud* regionale.**

## 8. PIANO DI AZIONE LOCALE

Durante la riunione CCICA tenutasi in data 24.01.2024, le figure coinvolte hanno analizzato i questionari di autovalutazione delle 5 sezioni (A, B, C, D, E - previste dal "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" del 19.02.2021), corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale raccomandata dall'OMS, compilati in data 12.01.2024 da cui sono scaturiti i seguenti risultati:

- Livello avanzato nella Sezione A - **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI (PT.95)**
- Livello intermedio nella Sezione B – **FORMAZIONE DEL PERSONALE (PT. 75)**
- Livello avanzato nella Sezione C - **MONITORAGGIO E FEEDBACK: (PT. 95)**
- Livello avanzato nella Sezione D - **COMUNICAZIONE PERMANENTE: (PT. 85)**
- Livello intermedio nella Sezione E - **CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: (PT. 70)**

Si allega al presente documento il Piano di azione locale 2024.

## 9. 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 11112/2009: 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
- 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.

## **10. 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. Clinica! 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 ANNO 2024

REV.	Data emissione	N° pag.	Causale preparazione modifica documento	Emissione		Verifica e approvazione		Verifica e approvazione	
				Funz.	Firma	Funz.	Firma	Funz.	Firma
0	24.01.2024	11	Prima emissione del Piano di azione locale 2024	DS/RM		DdC		Legale Rappresentante	

Durante la riunione CCICA tenutasi in data 24.01.2024, le figure coinvolte hanno analizzato i questionari di autovalutazione delle 5 sezioni (A, B, C, D, E - previste dal "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" del 19.02.2021), corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale raccomandata dall'OMS, compilati in data 12.01.2024 da cui sono scaturiti i seguenti risultati:

- Livello avanzato nella Sezione A - **REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI (PT.95)**
- Livello intermedio nella Sezione B – **FORMAZIONE DEL PERSONALE (PT. 75)**
- Livello avanzato nella Sezione C - **MONITORAGGIO E FEEDBACK: (PT. 95)**
- Livello avanzato nella Sezione D - **COMUNICAZIONE PERMANENTE: (PT. 85)**
- Livello intermedio nella Sezione E - **CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: (PT. 70)**

### SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
Esaminare le informazioni disponibili sulla <i>compliance</i> all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.	DS	6 MESI	1 anno	Nella struttura tutti gli operatori sanitari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani e sulle ICA, attraverso corso di formazione effettuato in data 05.05.23 (corso su lavaggio mani e ICA)
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagine sui singoli Reparti/Servizi;</li> <li>• Indagine sul consumo di soluzione alcolica.</li> </ul>	DS	6 MESI	1 anno	Il rapporto lavandini letti è di 1:10 nel 75% della struttura
Definire con la Direzione Strategica gli eventuali 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	6 MESI	1 anno	I Dispenser sono presenti all'ingresso, nei corridoi, nelle medicherie, sui carrelli della terapia.
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.	DS	1 MESE	1 anno	Come da checklist consumo prodotti idroalcolici anno 2023 e P- IMM Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle Mani Ed. 2 del 26.01.2023



(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024			
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Indagine sul consumo di soluzione alcolica	DS	trimestrale	Monitoraggio trimestrale
Monitoraggio e feedback condizioni igieniche dei lavandini nelle stanze della residenzialità e medicherie da registrare sulla check list sicurezza ambientale Mod.38 da revisionare	DS	Mensile	Monitoraggio semestrale
Monitoraggio e feedback disponibilità di sapone, salviette monouso, gel idroalcolico nelle stanze della residenzialità e medicherie da registrare sulla check list sicurezza ambientale Mod.38 da revisionare	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale
Intervento di decalcificazione dei filtri dei rubinetti dei lavandini delle stanze della residenzialità e medicherie da registrare sulla check list sicurezza ambientale Mod.38 da revisionare	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale
Sviluppare specifiche istruzioni operative: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani</li> <li>• Immagazzinamento e distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani</li> <li>• Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser</li> <li>• Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture</li> <li>• Installazione/manutenzione dei dispenser.</li> </ul> Ad oggi la descrizione di tali istruzioni è presente nella P-IMM Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle Mani Ed. 2 del 26.01.2023	DS	Annuale	Monitoraggio annuale

**SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE**

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.	DS	3 MESI	1 ANNO	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. Effettuato corso in data 05.05.23
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.	DS	6 MESI	1 ANNO	Le attività formative sono declinate all'interno del piano formativo riprogettato sulla base del piano di intervento regionale anno 2023
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).	DS	6 MESI	1 ANNO	Confermata nomina al Direttore Sanitario per l'anno 2023
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	DS	6 MESI	1 ANNO	Confermata nomina al Coordinatore infermieristico per l'anno 2023
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	DS	6 MESI	1 ANNO	2 ore di formazione annuale per tutti gli operatori sanitari, e neoassunti Addestramento sul campo per osservatori
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	DS	6 MESI	1 ANNO	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 sono state effettuate nell'anno 2023 e risultate positive

**SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE**

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
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	6 MESI	1 ANNO	Come da piano annuale di formazione anno 2023
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	DS	6 MESI	1 ANNO	In caso di mancata o scarsa partecipazione da parte degli operatori alla formazione, verrà aperta una non conformità. Non sono state riscontrate NC a riguardo nel 2023
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).	DS	6 MESI	1 ANNO	Annualmente gli operatori sanitari partecipano a sessioni formative sull'igiene delle mani e sul controllo delle ICA. Il mantenimento delle competenze è stato monitorato attraverso il modulo mantenimento competenze M-PIIM.1 e M-PIIM.8 in data 20.01.23.
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).	DS	6 MESI	1 ANNO	Come da modulo mantenimento competenze M-PIIM.1 e M-PIIM.8 in data 20.01.23
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	DS	6 MESI	1 ANNO	Distribuzione a tutti gli operatori di opuscoli sull'igiene delle mani durante le sessioni formative nella giornata mondiale del 5 maggio 2023 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 e la sostituzione di quello obsoleto.	DS	6 MESI	1 ANNO	Il materiale per la formazione viene regolarmente aggiornato e revisionato con sostituzione di quello obsoleto

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

**AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024**

**SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE**

AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Formazione obbligatoria sull'igiene mani per tutti gli operatori sanitari: FAD asincrona.	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Corso igiene mani e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza ICA al personale sanitario in essere e agli eventuali nuovi assunti	DS	semestrale	Monitoraggio semestrale
Continua formazione e verifica delle competenze del personale sanitario, osservatori e formatori attraverso l'utilizzo dei questionari predisposti	DS	annuale	Monitoraggio annuale

**SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK**

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della <i>compliance</i> 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.	DS	6 MESI	1 ANNO	È stata 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 sulle conoscenze.
Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura	DS	6 MESI	1 ANNO	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).	DS	6 MESI	1 ANNO	Identificate le competenze tra i 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.	DS	6 MESI	1 ANNO	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.

**SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK**

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).	DS	6 MESI	1 ANNO	Confermata nomina del Coordinatore infermieristico nel 2023
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (adesempio, annualmente).	DS	6 MESI	1 ANNO	Come da piano annuale di formazione 2023 e modulo mantenimento competenze M-PIIM.1 e M-PIIM.8 in data 20.01.23
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.	DS	6 MESI	1 ANNO	Dopo la somministrazione del questionario, viene 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).	DS	6 MESI	1 ANNO	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.	DS	6 MESI	1 ANNO	Per ogni sessione di osservazione, viene osservata una o due figure professionali. 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.	DS	6 MESI	1 ANNO	Vedi PARS 2023
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.	DS	6 MESI	1 ANNO	Vedi PARS 2023 e checklist ICA anno 2023
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.	DS	6 MESI	1 ANNO	Checklist ICA anno 2023
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	DS	6 MESI	1 ANNO	Pubblicazione del PARS 2023 sul sito web

**SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK**

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
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.

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

**AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024**

**SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK**

AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Definizione del piano annuale delle osservazioni	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Condurre osservazioni nella sezione residenziale e semiresidenziale e fornire un feedback immediato alla fine di ogni sezione di osservazione e se necessario riprogrammare sessioni di formazione/informazioni specifica	DS	semestrale	Monitoraggio annuale
Presentazione dei risultati delle osservazioni al CCICA e al personale coinvolto e redazione relativo verbale	DS	semestrale	Monitoraggio annuale

**SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE**

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.	DS	6 MESI	1 ANNO	
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	DS	6 MESI	1 ANNO	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.	DS	6 MESI	1 ANNO	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).	DS	6 MESI	1 ANNO	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.	DS	6 MESI	1 ANNO	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.	DS	6 MESI	1 ANNO	Continua revisione del materiale formativo

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

**AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024**

**SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE**

<b>AZIONI DI MIGLIORAMENTO</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
Creare opuscoli e dépliant per visitatori e pazienti	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Pianificare ed organizzare un programma per la giornata internazionale sull'igiene delle mani. (5 maggio)	DS	semestrale	Monitoraggio annuale
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), creare ed impostare su tutti i PC aziendali uno screensaver ad hoc per sensibilizzare sul tema dell'igiene mani, utilizzando eventualmente immagini fornite dall'OMS	DS	semestrale	Monitoraggio annuale
In occasione della giornata dell'igiene delle mani (5 maggio), pubblicare banner sul sito aziendale utilizzando immagini fornite dal WHO	DS	Semestrale	Monitoraggio annuale
Verifica del corretto posizionamento e stato di conservazione dei poster che riguardano l'igiene delle mani con l'ausilio della check list sicurezza ambientale Mod.38 da revisionare	DS	Semestrale	Monitoraggio semestrale

**SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
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.	DS	6 MESI	1 ANNO	Continuo impegno da parte della direzione e di tutti gli operatori ad un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani al fine di ridurre le ICA
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.	DS	6 MESI	1 ANNO	Continuo impegno da parte della direzione e di tutti gli operatori ad un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani al fine di ridurre le ICA
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.	DS	6 MESI	1 ANNO	e-mail su iniziative igiene mani
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.	DS	6 MESI	1 ANNO	Istituzione comitato CCICA aggiornato al 23.05.2023
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.	DS	6 MESI	1 ANNO	Riunione annuale del CCICA del 12.01.2023
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.	DS	6 MESI	1 ANNO	Riunione annuale del CCICA del 12.01.2023 per pianificare e pubblicizzare le 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.	DS	6 MESI	1 ANNO	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).	DS	6 MESI	1 ANNO	Distribuzione opuscoli, informative/Brochure
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte degli operatori sanitari, reparti o servizi.	DS	6 MESI	1 ANNO	/
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei	DS	6 MESI	1 ANNO	Obbiettivi PARS e indicatori di processo aziendali



**SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

AZIONE	R	T	M	RISULTATO DELLE AZIONI ANNO 2023
dirigenti apicali.				
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	DS	6 MESI	1 ANNO	Piano annuale di formazione anno 2023

(R: Responsabile; T: tempo previsto per l'implementazione; M: Monitoraggio)

**AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024**

**SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
Sensibilizzazione continuativa pazienti, parenti e visitatori sul tema igiene delle mani come prevenzione delle ICA fornendo opuscoli informativi e depliant sull'igiene delle mani	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Promuovere attività che coinvolgano i pazienti sull'importanza dell'igiene delle mani (esempio creazione cartelloni, poster, etc.) con l'ausilio dei terapisti occupazionali.	DS	annuale	Monitoraggio annuale
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali	DS	semestrale	Monitoraggio semestrale