

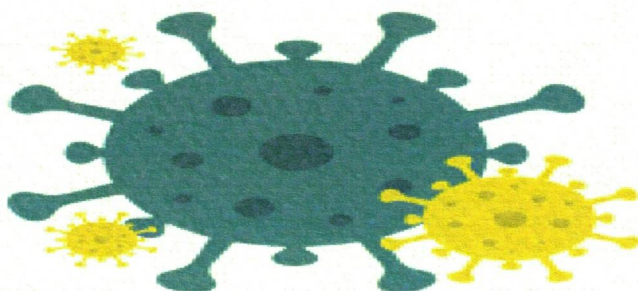
IL BRIGANTE

S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

Sede legale ed operativa : 04019 Terracina (LT) Via Badino n. 267

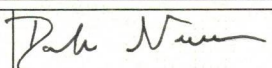
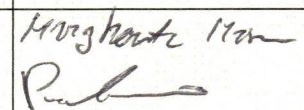
S.R.T.R.e. "ESSERCI"



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Revisione 02 - 2025

Ai sensi dell'art. 2, comma 5 della 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*"

	FUNZIONE E NOME	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Dott. DANIELE NOCCA Responsabile Sanitario	31.01.2025	
APPROVAZIONE ED ADOZIONE	MAGHERITA MASSARONI PENELOPE SUBIACO Amministratori - Legali rappresentanti	10.02.2025	

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	APPROVAZIONE ED ADOZIONE
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	14.02.2023
Revisione 1	29.01.2024
Revisione 2	10.02.2025

PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	20.10.2022
Revisione 1	29.01.2024
Revisione 2	10.02.2025

PIANO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	08.11.2018
Revisione 1	20.10.2022

PROGRAMMA PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	30.06.2019
Revisione 1	25.02.2021
Revisione 2	20.01.2022

PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO ALLE CURE SANITARIE	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	05.02.2024

PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI RECLAMI E DELLE SEGNALAZIONI	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	12.01.2023

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	10.02.2019
Revisione 1	07.02.2020
Revisione 2	10.02.2021
Revisione 3	20.01.2022

PIANO ANNUALE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	20.02.2020
Revisione 1	22.02.2021
Revisione 2	20.01.2022

Indice

1. Contesto organizzativo aziendale	6
2. Dati generali della Struttura Sanitaria S.R.T.R.e. “Esserci”	9
3. Il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)	11
4. Termini e definizioni	14
5. Rischio clinico e le infezioni correlate all’assistenza. Igiene delle mani. Prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Prevenzione e gestione della caduta del paziente. Sicurezza farmaci e dispositivi. Prevenzione e gestione delle lesioni da pressione. Gestione dei reclami e delle segnalazioni. Consenso informato alle cure sanitarie	19
5.1. Il Rischio Clinico e il relativo Piano (PARM).....	19
5.2. Il Comitato di Gestione del Rischio Sanitario	20
5.3. Il Comitato di valutazione sinistri	20
5.4. Definizione del rischio clinico	22
5.5. L’errore in medicina	23
5.6. Fattori che determinano il grado di rischio di un sistema	28
5.7. Metodi e strumenti per l’analisi dell’errore e la gestione del rischio sanitario	29
5.8. Strumenti per l’identificazione del rischio	29
5.9. Criteri per la classificazione degli eventi	33
5.10. Diagramma di flusso per la classificazione degli eventi	34
5.11. Il rischio infettivo	35
5.11.1. Le infezioni correlate all’assistenza e il relativo Piano (PAICA)	38
5.11.2. Il Comitato per il controllo delle ICA	38
5.12. Il Piano di Azione Locale sull’igiene delle mani	40
5.13. Il Programma di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	44
5.14. Il Piano di Prevenzione della caduta del paziente	48
5.15. Sicurezza farmaci e dispositivi	53
5.16. Prevenzione e gestione delle lesioni da pressione	53
5.17. Gestione dei reclami e delle segnalazioni	59
5.18. La Procedura sul consenso informato alle cure sanitarie	60

IL BRIGANTE S.n.c.
di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.
S.R.T.R.e. “ESSERCI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

6. Mappatura del rischio	62
7. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio	64
7.1. Eventi segnalati nell’ultimo quinquennio	65
7.2. Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio	67
8. Descrizione della posizione assicurativa	68
9. Resoconto delle segnalazioni dell’anno 2024	69
10. Resoconto delle attività del PARS precedente	70
11. Matrice delle responsabilità	81
12. Obiettivi e attività 2025	83
12.1. Obiettivi	83
12.2. Attività 2025	85
13. Attività e matrice delle responsabilità	90
14. Diffusione del PARS. Coinvolgimento del personale	104
15. Riferimenti normativi, sitografia	106

ALLEGATI

Disposizione degli amministratori di approvazione ed adozione del PARS 2025 della S.R.T.R.e.
“ESSERCI”

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

La Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa di tipo estensivo denominata "ESSERCI", gestita da "Il Brigante S.n.c. di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.", con sede legale ed operativa in Terracina (LT) Via Badino n. 267, nasce con la finalità di offrire risposte articolate e differenziate ai problemi ed ai bisogni di persone con disagio psichico attraverso interventi mirati alla prevenzione, alla cura, all'assistenza ed al reinserimento sociale e lavorativo.

L'area delle attività terapeutiche e riabilitative del programma della Comunità psichiatrica e dei programmi personalizzati, prevede una serie di attività finalizzate alla promozione di processi emancipativi tali da consentire all'"ospite" di tendere alla successiva reintegrazione nel tessuto socio-familiare di provenienza.

La metodologia utilizzata parte dal concetto di "farsi carico" della persona che si trova in una situazione di difficoltà psichica, da una analisi approfondita dei suoi bisogni per garantire il raggiungimento di obiettivi che consentano di raggiungere una qualità di vita dignitosa e soddisfacente.

La Struttura è autorizzata all'esercizio della attività con accreditamento definitivo in virtù del Decreto Autorizzativo del Commissario ad acta della Regione Lazio n. U00443 del 30 ottobre 2013 ed ospita, pertanto, pazienti di competenza psichiatrica, che presentano problematiche di tipo psicopatologico, relazionali, esistenziali, a causa dei quali si rende necessaria una temporanea separazione dall'abituale contesto di vita fornendo un trattamento che ha come obiettivo il recupero delle capacità individuali e livelli funzionali di autonomia del paziente, finalizzate al suo reinserimento nell'ambiente sociale.

Gli ospiti beneficiano di un Progetto Individualizzato che stabilisce obiettivi a medio e lungo termine, metodologia e verifica del progetto stesso.

Su questi presupposti la S.R.T.R.e. "ESSERCI" ha raggiunto, attraverso una crescita costante ed evolutiva delle metodologie terapeutiche e riabilitative e della qualificazione continua del personale in correlazione con la dinamica dei bisogni e delle richieste degli utenti, il risultato, per quanto possibile, di creare una atmosfera empatica, collaborativa, accettante e protettiva volta all'integrazione operativa tra tutti i soggetti interessati al recupero del disagio degli utenti e delle loro famiglie.

Concretizza un trattamento che trae il massimo del vantaggio per utenti, famiglie e collaboratori anche attraverso l'organizzazione di una moderna impresa sociale, temperato con la piena consapevolezza dell'esigenza imprescindibile di cooperare con le Strutture

pubbliche al fine di elevare il livello terapeutico riabilitativo verso canoni di eccellenza secondo gli standard e i criteri stabiliti dai progetti-obiettivi di salute mentale regionali e nazionali.

Il personale è selezionato in base alle qualifiche previste dalla legislazione nazionale e regionale, sottoposto ad aggiornamento e formazione continua, con il fine di formare un'equipe sempre più affiatata.

L'equipe clinica è composta da psichiatri, psicologi, tecnici di psicologia, educatori professionali, assistenti sociali, infermieri professionali, operatori socio sanitari.

In questo contesto la **gestione del rischio** affronta molti dei rischi comuni alle Strutture Sanitarie quali **il rischio clinico, il rischio di caduta, le infezioni correlate all'assistenza, il percorso del farmaco, le aggressioni agli operatori sanitari, l'igiene delle mani, le lesioni da pressione**. Ma, in aggiunta, fronteggia **altri rischi** che sono **correlati alla natura particolare della malattia psichiatrica** che si presta meno ad un inquadramento rigidamente statistico. Le metodologie di gestione del rischio sanitario in questo contesto possono essere, pertanto, diverse. Ad esempio, diventa difficile valutare con precisione il **rischio di caduta** in quanto gli ospiti si spostano autonomamente tutto il giorno o il rischio legato alla erogazione e gestione del farmaco.

E' necessario, quindi, capire dove si annidino i rischi e correggere tutte le procedure organizzative o cliniche che si sono rivelate migliorabili con una analisi minuziosa che tenga conto delle diverse prospettive professionali coinvolte e con il contributo dei diversi Gruppi di Lavoro e professionisti coinvolti (**Comitato di Gestione del Rischio Sanitario, Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza, Gruppo di Lavoro Aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute, Gruppo di Lavoro interdisciplinare per l'attuazione del Programma di Prevenzione degli atti di violenza a danno degli Operatori Sanitari, psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, esperti legali**).

È solo la conoscenza di quanto è avvenuto che permette di capire come prevenire in futuro. Emerge che **nessuna attività di gestione del rischio può avere successo senza il contributo** – attivo e quotidiano – dell'intero personale sanitario. Sono coloro che operano a tutti i livelli nei reparti a dover segnalare cosa non funziona e, nel contempo, ad applicare i nuovi Protocolli sviluppati in risposta correttiva. Solo tenendo conto di ciò si capisce perché **la rivoluzione del rischio sanitario parte dalla cultura** : l'**evento avverso**, l'**incidente** o il **near miss** non sono e non devono essere considerati più una colpa. Sono eventi fisiologici in una qualsiasi Struttura Sanitaria e devono essere segnalati

senza vergogna o pudori perché è solo **attraverso la trasparenza interna che si può avere un miglioramento della qualità delle cure**. A fare la differenza è la capacità di accettare la sua presenza e costruire, di conseguenza, barriere che lo contengano e gli impediscano di diventare danno.

Anche la **formazione continua**, in modo da sensibilizzare tutte le categorie di professionisti sulle procedure da applicare per ridurre il Rischio Sanitario e fare in modo che contribuiscano a sviluppare nuove procedure basandosi sulla conoscenza della realtà nelle quali gli operatori sanitari operano tutti i giorni, contribuisce in modo significativo a diminuire il rischio.

La S.R.T.R.e. “ESSERCI” si è dotata :

- ✓ del **Piano Annuale di Risk Management (PARM)** e del **Piano delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA)**, poi sostituiti dal 2022 dal **PARS**;
- ✓ del **Programma di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari**;
- ✓ del **Piano di azione locale sull’ Igiene delle mani**;
- ✓ del **Piano di Prevenzione e gestione della caduta del paziente**;
- ✓ della **Procedura aziendale per la gestione dei reclami e delle segnalazioni**;
- ✓ della **Procedura sul consenso informato alle cure sanitarie**;
- ✓ di un **Sistema Gestione Qualità**.

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

2. DATI GENERALI DELLA STRUTTURA SANITARIA

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

Aggiornati al 31.12.2024	
DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA	S.R.T.R.e. "ESSERCI"
SEDE	SEDE LEGALE ED OPERATIVA Terracina (LT) – Via Badino n. 267
ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE	ASL Latina

DATI STRUTTURALI	NUMERO EDIFICI	MQ di superficie	POSTI LETTO N.
	01	900 circa	20

Autorizzazioni/Accreditamento S.R.T.R.e. "ESSERCI"	Autorizzata all'esercizio con accreditamento definitivo in virtù del Decreto Autorizzativo del Commissario ad acta della Regione Lazio n. U00443 del 30 ottobre 2013.
---	---

AMMINISTRATORI E LEGALI RAPPRESENTANTI	MARGHERITA MASSARONI PENELOPE SUBIACO
RESPONSABILE SANITARIO	Dott. DANIELE NOCCA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Avv. MICHELE MASSARONI
PSICOLOGI	Responsabile : Dott.ssa MARGHERITA MASSARONI
TECNICI DELLA PSICOLOGIA	Responsabile : Dott.ssa ROBERTA D'AMANTE
EDUCATORI PROFESSIONALI	Responsabile : Dott.ssa AURORA ROMAGNA
ASSISTENTI SOCIALI	Responsabile : Dott.ssa LETIZIA VENTO
INFERMIERI PROFESSIONALI	Responsabile : I.P. ALESSANDRO NANNI
OPERATORI SOCIO SANITARI	Responsabile : O.S.S. ANGELO SUBIACO

RISORSE UMANE al 31.12.2024	
AMMINISTRATIVI	1
MEDICI PSICHIATRI	1
PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI	2
TECNICI DI PSICOLOGIA	3
EDUCATORI PROFESSIONALI	1
INFERMIERI PROFESSIONALI	3
OPERATORI SOCIO SANITARI	7
ALTRI	0

DATI DI ATTIVITA'		
GIORNATE DI DEGENZA	ANNO	NUMERO
	2022	6715
	2023	7028
	2024	7050

IL BRIGANTE S.n.c.
di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

SITO INTERNET	www.comunitaesserci.com
INDIRIZZO MAIL	comunita.esserci@email.it
PEC	comunita@ilbrigantesnc.telecompec.it

3. IL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

La presente Revisione del PARS si riferisce alla S.R.T.R.e. denominata “ESSERCI”, gestita da “Il Brigante S.n.c. di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.”, ed è stata redatta ai sensi del *“Documento di indirizzo per l’elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)”* del CRRC del 25 gennaio 2022.

Nella Regione Lazio l’attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del **Piano Annuale di Risk Management (PARM)** e del **Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA)**, documenti con i quali le Strutture Sanitarie hanno reso noto, fino al 2021, la propria policy su questi temi.

Nell’ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce della approvazione della **Legge 8 marzo 2017 n. 24** (*“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e delle persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*), e dell’esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, i contenuti di questi due Documenti sopra citati sono stati rivisti, unificandone il contenuto in un unico *“Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS)”* con l’obiettivo di :

- ✓ **Favorire una visione unitaria del Rischio Sanitario;**
- ✓ **Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la 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’Antibiotico Resistenza (PNCAR);**
- ✓ **Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal “Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani”;**
- ✓ **Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del *risk assessment*.**

Relativamente alle Strutture di assistenza extraospedaliera, il Documento tiene conto delle differenze non secondarie relative ai ruoli e alle responsabilità per come previsti dalla normativa di

autorizzazione e accreditamento e questo comporta una semplificazione della matrice dei ruoli e delle responsabilità e la riduzione del numero di attività mandatorie da prevedere ogni anno.

Per raggiungere questi obiettivi la Regione Lazio, con la Determinazione n. G00643 del 25 gennaio 2022, ha predisposto il *“Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”*.



Alla luce di quanto sopra le Strutture Sanitarie, pubbliche e private, sono tenute ad elaborare il **Piano Aziendale del Rischio Sanitario**, al cui interno devono definire ed esplicitare le linee di attività aziendali per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure sulla base degli obiettivi strategici definiti a livello regionale. Il suo scopo è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del Rischio Sanitario.

Il PARS prevede azioni su obiettivi di rischio sanitario con successivo monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni intraprese. L’Azienda definisce nel PARS lo scopo, i destinatari, le aree strategiche, gli obiettivi, le metodologie, gli indicatori che intende adottare per la gestione del Rischio Sanitario in ottemperanza agli obiettivi strategici di rischio indicati dalla Regione. Tale strumento, sostanzialmente pragmatico ed ispirato a criteri di efficacia operativa, privilegia la prevenzione, l’interazione tra le Strutture Aziendali, la comunicazione, la formazione, l’aggiornamento.

L’ottica è sempre quella di diminuire le potenzialità di errore nell’organizzazione nonché di contenere la complessiva sinistrosità delle Strutture Sanitarie.

Poiché il monitoraggio dei fenomeni è alla base della gestione del miglioramento, particolare attenzione viene posta nella definizione dei risultati da raggiungere attraverso la predisposizione di specifici indicatori affinché i risultati siano realmente misurabili ed idonei a stabilire il perseguimento degli obiettivi prefissati.

La Direzione Sanitaria, in collaborazione con la Direzione Aziendale, deve assicurare la diffusione del PARS ai diversi livelli aziendali attraverso specifiche modalità informative quali :

- ❑ **Pubblicazione sul sito internet aziendale;**
- ❑ **Presentazione del Piano nell’ambito dei corsi di formazione sul Rischio Sanitario;**
- ❑ **Capillare diffusione del PARS, tramite i Dirigenti Medici e i Responsabili di settore, a tutto il personale sanitario e di supporto.**

Il presente Documento, fatto salve le specifiche e motivate specificità della Struttura in questione,

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. “ESSERCI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

come sopra detto, è stato elaborato rispettando il “*Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)*” adottato dalla Regione Lazio – Direzione Salute ed integrazione sociosanitaria – con Determinazione del 25 gennaio 2022 n. G00643 e rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare la politica aziendale della S.R.T.R.e. “ESSERCI” per il contenimento del Rischio Sanitario.

Il Documento è stato elaborato con il concorso, la condivisione e il coinvolgimento attivo dei professionisti dei settori interessati, per ottenere una aderenza alla realtà aziendale più ampia possibile. Il Responsabile Sanitario della Struttura si assicura che il PARS sia predisposto e presentato, entro la data fissata ogni anno, per l’approvazione e l’adozione da parte dell’Ente e che venga inviato, nei termini, al Centro Regionale Rischio Clinico all’indirizzo - e-mail : crcc@regionelazio.it

4. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta, di seguito, la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del PARS.

SSR	<i>Servizio Sanitario Regionale.</i>
PARS	<i>Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario.</i>
PARM	<i>Piano Annuale di Risk Management.</i>
PAICA	<i>Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza.</i>
RISCHIO CLINICO	<i>La possibilità che un paziente subisca un «danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte».</i>
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	<i>Il processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.</i>
APPROPRIATEZZA	<i>L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.</i>
ERRORE	<i>Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.</i>
EVENTO	<i>Accadimento che può modificare l'andamento atteso dell'assistenza nei confronti dei pazienti o che può arrecare danno agli operatori sanitari.</i>
EVENTO AVVERSO (Adverse event)	<i>Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".</i>
EVENTO SENZA DANNO	<i>Accadimento che si verifica durante il processo assistenziale che non comporta danno alla persona pur avendone la potenzialità.</i>
EVENTO EVITATO (Near miss)	<i>Circostanza potenzialmente in grado di determinare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario</i>

	<i>perché intercettato o per caso fortuito.</i>
EVENTO SENTINELLA	<p><i>Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che comporta la morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna :</i></p> <p><i>a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e</i></p> <p><i>b) l'implementazione delle adeguate misure correttive e il loro monitoraggio.</i></p> <p><i>Di seguito l'elenco degli eventi indicati dal Ministero della Salute e dal "Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" del 6 luglio 2021 predisposto dal CRRC Lazio, applicabili alla S.R.T.R.e. "ESSERCI" :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Procedura in paziente sbagliato;</i> <i>2. Errata procedura su paziente corretto (es. esecuzione di una procedura diagnostica/terapeutica diversa da quella prescritta);</i> <i>3. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</i> <i>4. Morte o grave danno per caduta di paziente;</i> <i>5. Suicidio o tentato suicidio di paziente nella struttura sanitaria;</i> <i>6. Violenza su paziente (commissiva o omissiva) da chiunque compiuta all'interno di strutture sanitarie;</i> <i>7. Atti di violenza a danno di operatore da parte di pazienti, loro parenti, accompagnatori, visitatori;</i> <i>8. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto;</i> <i>9. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente dovuto ad errore o livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti.</i>
RISCHIO	<p><i>Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità del danno che ne consegue; nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso.</i></p>
SICUREZZA DEL PAZIENTE (Patient safety)	<p><i>Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzino la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.</i></p>

FATTORE UMANO	<i>Sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti.</i>
ERRORE ATTIVO	<i>E' per lo più ben identificabile, prossimo, in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione. Relativamente semplice da individuare.</i>
ERRORE LATENTE	<i>E' per lo più un'insufficienza organizzativo gestionale (progettazione, organizzazione e controllo) che resta silente nel sistema, finché un fattore scatenante non la rende manifesta in tutta la sua potenzialità, causando danni più o meno gravi. Relativamente difficile da individuare, spesso multiplo all'interno del sistema e tale da provocare una successione di errori secondari in grado di eclissare la gravità e la possibilità di identificazione dell'errore primitivo.</i>
DANNO	<i>Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).</i>
SIMES	<i>Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità.</i>
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	<i>Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono oggetto di una specifica raccomandazione ministeriale e sono inseriti fra gli eventi sentinella che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES.</i>
GOVERNO CLINICO (Clinical governance)	<i>Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.</i>
ERGONOMIA	<i>Disciplina che si occupa della comprensione delle interazioni tra gli esseri umani e gli altri elementi di un sistema, applicando teorie, principi, dati e metodi per progettare nell'ottica dell'ottimizzazione del benessere umano e della prestazione di tutto il sistema.</i>
ICA	<i>Infezioni Correlate all'Assistenza. Le ICA sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte nella Struttura Sanitaria, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura.</i>

CC-ICA	<i>Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.</i>
CRRC	<i>Centro Regionale Rischio Clinico.</i>
OMS	<i>Organizzazione Mondiale della Sanità.</i>
DISINFEZIONE	<i>Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.</i>
INFEZIONE	<i>Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.</i>
PUNTO DI ASSISTENZA	<p><i>Il Punto di Assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente).</i></p> <p><i>Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza.</i></p> <p><i>Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente.</i></p> <p><i>I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.</i></p>
FRIZIONE ANTISETTICA	<p><i>Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente.</i></p> <p><i>Si effettua utilizzando un antiseptico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antiseptica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio : igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.</i></p>
BUNDLE	<p><i>Un bundle è un insieme contenuto (da 3 a 5) di interventi, comportamenti e/o pratiche evidence-based, rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente.</i></p> <p><i>Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.</i></p>

IGIENE OSPEDALIERA	<p><i>Disciplina che contempla tutti gli aspetti relativi al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori e degli operatori sanitari.</i></p> <p><i>Da un punto di vista gestionale consiste nell'insieme di funzioni che mira a garantire in modo efficiente che un qualsiasi setting assistenziale (ospedale, ambulatorio, residenza assistenziale, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.</i></p>
ANTISEPSI DELLE MANI	<p><i>La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani.</i></p> <p><i>Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.</i></p>
AGENTE ANTISETTICO	<p><i>Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.</i></p>
COLONIZZAZIONE	<p><i>Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite.</i></p>

5. RISCHIO CLINICO E LE INFEZIONI CORRELATE ALL’ASSISTENZA.

IGIENE DELLE MANI.

PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI.

PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE.

SICUREZZA FARMACI E DISPOSITIVI.

PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE.

GESTIONE DEI RECLAMI E DELLE SEGNALAZIONI.

CONSENSO INFORMATO ALLE CURE SANITARIE.

5.1. IL RISCHIO CLINICO E IL RELATIVO PIANO (PARM)

Alla luce degli specifici Documenti Regionali, “Il Brigante S.n.c.”, per la Struttura denominata S.R.T.R.e. “ESSERCI”, ha elaborato, prima del presente PARS, il “*Piano Annuale di Risk Management (PARM)*” e il “*Piano delle infezioni correlate all’assistenza (PAICA)*”.

Restano operativi :

- ✓ il “Comitato di gestione del Rischio Clinico” (che ha preso il nome di “Comitato di Gestione del Rischio Sanitario”);
- ✓ il “Comitato di Valutazione Sinistri”;
- ✓ il “Comitato per il Controllo delle infezioni correlate all’assistenza” – CC-ICA;
- ✓ il Gruppo di Lavoro, istituito per l’elaborazione e la implementazione del “*Programma di prevenzione e gestione della caduta del paziente*”;
- ✓ il Gruppo di Lavoro Interdisciplinare istituito per l’attuazione del “*Programma di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari*”.

5.2. IL COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

COMPOSIZIONE	
RESPONSABILE SANITARIO "S.R.T.R.e. "ESSERCI"	Dott. DANIELE NOCCA
AVVOCATO	MICHELE MASSARONI
RESPONSABILE PSICOLOGI	Dott.ssa MARGHERITA MASSARONI
RESPONSABILE TECNICI DI PSICOLOGIA	Dott. ssa ROBERTA D'AMANTE
RESPONSABILE ASSISTENTI SOCIALI	Dott.ssa LETIZIA VENTO
RESPONSABILE INFERMIERI PROFESSIONALI	I.P. ALESSANDRO NANNI
RESPONSABILE OPERATORI SOCIO SANITARI	O.S.S. ANGELO SUBIACO
MEDICO DEL LAVORO	Dott. ANTONIO CESARELLI
RSPP	Ing. TERENCE SUBIACO

5.3. IL COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI

COMPOSIZIONE	
AVVOCATO	Avv. MICHELE MASSARONI
RESPONSABILE SANITARIO	Dott. DANIELE NOCCA
LEGALI RAPPRESENTANTI DELLA SOCIETA'	MARGHERITA MASSARONI PENELOPE SUBIACO
ANNO DI ISTITUZIONE	2019
NUMERO DI CASI ISTRUITI	0

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

Il Comitato di Valutazione Sinistri è un organismo di natura collegiale e multidisciplinare, di carattere consultivo, che esprime un parere non vincolante, in ordine alle richieste risarcitorie per danno alla persona per responsabilità medica/sanitaria e civilistica, formulate nei confronti della Struttura o di suoi operatori. È l'organismo cui compete la funzione di governo del rischio assicurativo e di valutazione dei sinistri.

Le funzioni attribuite al CVS sono:

- a) verificare la pertinenza e la fondatezza delle richieste di risarcimento mediante l'analisi dei casi;
- b) definire la migliore strategia di gestione delle richieste di risarcimento, nell'intento di minimizzarne l'impatto economico, e proporla alla Direzione della Struttura Sanitaria.

Al fine di consentire il corretto funzionamento del CVS nonché una gestione del contenzioso quanto più possibile efficace, si garantisce la formazione e l'aggiornamento degli operatori a diverso titolo deputati alla gestione del contenzioso. A tal fine la Struttura individuerà i bisogni formativi di questi operatori, favorendone la formazione e l'aggiornamento mediante la progettazione di opportuni percorsi formativi interni, ovvero la partecipazione a eventi esterni.

5.4. DEFINIZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il **“rischio clinico”** è la probabilità che un paziente sia vittima di un **“evento avverso”**, cioè **subisca un qualsiasi “danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”**.

La gestione del rischio sanitario ha, pertanto, come obiettivo di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A questo scopo impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni per identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi connessi all'erogazione delle cure.

Con l'entrata in vigore della Legge 24/2017, intitolata *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*, il legislatore ha posto l'obiettivo di inserire il paziente all'interno di un sistema di tutele efficienti atte a favorire la realizzazione del diritto alla salute.

Tale disciplina è volta a regolare i molteplici aspetti del c.d. “rischio sanitario” conseguente all'attività medico-sanitaria e, al fine di meglio realizzare gli obiettivi perseguiti, prevede precisi adempimenti a carico delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie, pubbliche e private, nonché obblighi relativi al monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario che può essere arginato attraverso iniziative che hanno come obiettivo la riduzione delle probabilità del verificarsi di eventi avversi durante il periodo di degenza, favorendo, non solo un aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie, ma anche una conseguente riduzione del contenzioso e l'arginamento del fenomeno della medicina difensiva.

I punti cardine in cui si articola la normativa consistono nella sicurezza delle cure, la gestione del rischio sanitario, la trasparenza nei confronti del cittadino e, al fine di meglio realizzare gli obiettivi perseguiti, la legge prevede precisi adempimenti a carico delle Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie, pubbliche e private, nonché obblighi peculiari alla funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di Risk management messe in atto a livello di singola struttura sanitaria, a livello aziendale, regionale, nazionale. Queste iniziative devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario. L'attività di Risk management si sviluppa in più fasi :

- ❖ conoscenza ed analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori, ecc.);
- ❖ individuazione e correzione delle cause di errore;
- ❖ analisi di processo;
- ❖ monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore;
- ❖ implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Inoltre, il programma di Risk management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'incertezza del processo clinico assistenziale del paziente.

Tali attività devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario e hanno come obiettivo la riduzione delle probabilità del verificarsi di **“eventi avversi”** (*eventi inattesi correlati al processo assistenziale e che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile*) durante il periodo di degenza.

Il nuovo modello di gestione del Rischio Sanitario richiede, infatti, un'attenta individuazione di tutti quegli incidenti e/o accadimenti in grado di incidere sulla sicurezza delle cure in modo da prevenire il loro verificarsi, in un'ottica di prevenzione e non di repressione.

5.5. L'ERRORE IN MEDICINA

Quando si affronta il tema del “rischio sanitario” è necessario soffermarsi a definire l' **errore** e i possibili danni che ne possono derivare per il paziente.

In letteratura è possibile trovare molte definizioni di **“errore”** e di **“evento avverso”** in sanità e sono state proposte diverse classificazioni dell'errore in sanità con l'intento di definire e condividere un lessico che consenta di individuare, in modo preciso e inequivocabile, il tipo di insufficienza che si è manifestata nel sistema.

Tutte condividono alcune caratteristiche sostanziali :

- ✓ l'errore è un' insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate;
- ✓ l'errore è una “azione non sicura” o una “omissione” con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura;
- ✓ l'errore è un comportamento che può essere giudicato inadeguato da “pari” di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state o no conseguenze negative per il paziente.

Una delle distinzioni più importanti è quella tra **errore** (o insufficienza) **attivo** ed **errore** (o insufficienza) **latente**.

- L'**errore attivo** è per lo più ben identificabile, prossimo al verificarsi dell'evento avverso, spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione.

- Gli **errori latenti** sono, invece, per lo più, insufficienze organizzative - gestionali del sistema, che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.

Ad esempio, la somministrazione di un farmaco sbagliato è un errore attivo commesso da un operatore, facilmente identificabile come comportamento sbagliato, che causa un danno, ed è necessario ripercorrere tutte le fasi del processo di lavoro, per individuare le circostanze che, direttamente o indirettamente, lo hanno reso possibile. Nel caso di errore di somministrazione farmacologica, potrebbero essere identificati, come insufficienze latenti nel sistema : un sistema di prescrizione trascrizione manuale della terapia; un sistema di conservazione dei farmaci che rende possibile lo scambio di medicinali; un insufficiente addestramento del personale; le caratteristiche delle confezioni dei farmaci con l'attribuzione di nomi facilmente confondibili; dosaggi e vie di somministrazione equivocabili, ecc..

Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di errore, attive e latenti, e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

L'errore può causare un “**evento avverso**”, cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. L'**evento avverso** è, quindi, per sua natura, **indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente**.

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare, grande importanza riveste non solo l'analisi degli “Eventi Avversi”, ma anche quella dei “**quasi eventi**” o **near miss**.

Il Centro Regionale Rischio Clinico, nel 2021, ha predisposto il “**Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella**”.

ALCUNE CATEGORIE SPECIFICHE DI ERRORE

ERRORE NELL'USO DEI FARMACI	<ul style="list-style-type: none">♦ Errori di prescrizione♦ Errori di preparazione♦ Errori di trascrizione♦ Errori di distribuzione♦ Errori di somministrazione♦ Errori di monitoraggio
ERRORI NELLA TEMPISTICA	<ul style="list-style-type: none">♦ Ritardi nel trattamento farmacologico♦ Ritardo nella diagnosi♦ Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici
ESAMI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE	<ul style="list-style-type: none">♦ Non eseguite♦ Programmate ma non eseguite♦ Eseguite in modo inadeguato o scorretto♦ Eseguite correttamente ma su paziente sbagliato♦ Non appropriate
ERRORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE	<ul style="list-style-type: none">♦ Uso in condizioni non appropriate♦ Istruzioni inadeguate♦ Pulizia non corretta♦ Utilizzo oltre i limiti di durata prevista♦ Malfunzionamento dovuto all'operatore (manutenzione, impostazione, altri errori d'uso)

Le politiche di gestione del rischio, volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi, e quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti, costituiscono il **sistema di gestione del rischio sanitario**.

La Regione Lazio, dal 2014, ha istituito un Comitato tecnico di coordinamento sul tema, rimasto in carica fino al 2017. Successivamente all'approvazione della 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"*) ha istituito il **Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)** che svolge le seguenti funzioni : supporto tecnico alla Direzione Regionale Salute

Integrazione Sociosanitaria e all'Assessorato Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria sui temi inerenti la gestione del rischio sanitario; definizione delle politiche e degli strumenti relativi alla gestione del rischio sanitario elaborando le Linee Guida per la stesura annuale da parte delle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie, pubbliche e private del SSR, del Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS); elaborazione di documenti di indirizzo su diversi argomenti : dalle cadute del paziente, agli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, dalla sicurezza della terapia farmacologica alla corretta identificazione del paziente, all'igiene delle mani; coordinamento della gestione del flusso ministeriale SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) relativo agli eventi sentinella tramite il portale regionale denominato RatingASL; coordinamento delle attività legate al monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali condotto annualmente da AGENAS. Il CRRC riunisce periodicamente tutti i professionisti che si occupano di rischio clinico e infettivo nelle strutture del SSR, per presentare i documenti elaborati e raccogliere indicazioni e suggerimenti per nuove attività.

Pertanto, la Regione Lazio ha avviato nelle proprie Strutture Sanitarie un percorso di implementazione delle attività finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori.

In sintesi gli obiettivi programmati sono rivolti a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, la sicurezza delle cure e l'appropriatezza organizzativa, incentivando il miglioramento delle performance delle Strutture Sanitarie pubbliche e private.

Dal 2014 il **Tavolo permanente del Risk Manager** riunisce periodicamente i Risk Manager e i rappresentanti delle professioni sanitarie che operano nelle organizzazioni che si occupano della gestione del rischio sanitario. Le riunioni del "Tavolo permanente" rappresentano un fondamentale momento di condivisione, di confronto e di scambio di idee e competenze fra le diverse, ed eterogenee, realtà regionali.

La **legge 24** richiede che in tutte le Aziende Sanitarie, pubbliche e private, siano valutati gli errori degli operatori sanitari e vengano adottate politiche per prevenirli e gestirli. Il suo obiettivo principale è di tutelare i diritti del paziente alla sicurezza delle cure ma anche di tutelare l'azienda e gli operatori dalle conseguenze giuridiche ed economiche che gli errori sanitari possono comportare. Sono, infatti, frequenti le denunce, sia civili che penali, che vengono presentate all'azienda da parte di quei soggetti che ritengono di aver subito un danno come conseguenza di un fatto imputabile alle cure sanitarie.

Ricercare la causa degli errori sanitari è certamente importante ma ancor più importante è prevenirli o prevenirne il ripetersi. A tal fine la formazione riveste un ruolo determinante considerando che la gestione del rischio si basa principalmente sulla conoscenza tra gli Operatori degli elementi che lo costituiscono.

In caso di Evento Avverso è necessaria un'attenta analisi dell'accaduto con l'obiettivo di individuare i fattori che hanno contribuito o causato il determinarsi dell'evento, cercando di risalire indietro nel tempo fino alle sue cause più lontane. Questa attività è fondamentale per l'azienda sia per evitare che l'evento riaccada di nuovo sia per individuare elementi che scagionino da responsabilità il personale sanitario eventualmente chiamato in causa.

Al termine dell'anno si dovrà effettuare un riepilogo del lavoro svolto in quanto la legge 24/2017 prevede l'obbligo di pubblicare sul sito web della struttura sanitaria **una relazione annuale sugli eventi avversi verificatisi, sulle cause che hanno prodotto ogni evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.**

Altro importante compito della Azienda Sanitaria è la **mappatura dei rischi**. Questa attività è finalizzata ad individuare tutti i rischi a cui è esposta l'azienda. Per svolgere tale attività occorre conoscere bene l'organizzazione, infatti anche la mancata identificazione di un solo rischio rilevante può comportare conseguenze negative per l'azienda. Contribuiscono a fornire informazioni per l'identificazione delle componenti di rischio il **numero di sinistri aperti in seguito a denunce da parte dei pazienti o loro familiari e i reclami pervenuti**. Altri strumenti utilizzati sono il **sistema di segnalazione volontaria degli eventi (Incident Reporting)**, l'**analisi retrospettiva delle cartelle cliniche**, le **segnalazioni di reazioni avverse a farmaci**, le **segnalazioni provenienti dal Servizio di Prevenzione e Protezione**, le **aggressioni subite dal personale**.

La gestione del rischio è un processo articolato e multidisciplinare che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico – organizzativa di un'azienda.

Il fine primo di tale percorso di analisi e rimodulazione organizzativa è incrementare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti, operatori e della azienda stessa. Promuovere una politica di gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità di raggiungere i propri obiettivi. Incertezza e rischio sono connaturati all'esistenza di qualunque tipo di azienda sanitaria e appare evidente, dunque, che il rischio intrinseco alla natura dell'impresa sanitaria è il rischio connesso alla

prestazione sanitaria stessa riconducibile alla sicurezza del paziente e di tutte quelle situazioni che possono causarne una diminuzione o la perdita di safety all'interno di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale. Appare innegabile, dunque, che la moltitudine di variabili che entrano nel governo sanitario e gli innumerevoli percorsi/processi che un paziente incontra nel corso della sua permanenza presso un'organizzazione erogatrice di salute sia per sua stessa natura un processo che produce rischi; di fatto eventi avversi possono avere frequenze statistiche elevate in termini di accadimento e, pertanto, una raccolta sistematica associata ad una discussione ragionata rappresenta una strada determinante per la prevenzione del danno al malato.

L'approccio alla gestione degli insuccessi in ambito sanitario è stato, fino a poco tempo fa, basato sulle persone e quindi rivolto a identificare i professionisti implicati al momento dell'incidente per ritenerli responsabili. Questa cultura della ricerca del colpevole è stata ritenuta metodo utile per risolvere il problema ma, alla luce delle risultanze dei rapporti del Ministero della Salute, si è ben compreso che l'unica cultura adatta alla gestione del rischio è quella che parte dall'analisi dell'incidente come evento asettico, momento rivelatore dei punti critici dei processi e dei sistemi della complessa organizzazione sanitaria.

5.6. FATTORI CHE DETERMINANO IL GRADO DI RISCHIOSITA' DI UN SISTEMA

- ✓ **FATTORI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI**
- ✓ **FATTORI CHE RIGUARDANO L'AMBIENTE OPERATIVO**
- ✓ **FATTORI LEGATI AL GRUPPO DI LAVORO**
- ✓ **FATTORI INDIVIDUALI DELL'OPERATORE**
- ✓ **FATTORI INERENTI LE CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE.**

5.7. METODI E STRUMENTI PER L'ANALISI DELL'ERRORE E LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

Indagare gli “**eventi avversi**” o i “**quasi eventi**” per identificare le cause che maggiormente vi hanno contribuito ed imparare dagli errori può evitare che simili incidenti si ripetano in futuro.

Diversi sono i metodi e gli strumenti per l'analisi dell'errore e la gestione del rischio sanitario che sono stati sviluppati nel corso degli ultimi decenni con la finalità di individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso e di individuare e progettare le idonee barriere protettive.

Nonostante l'obiettivo finale sia comune, essi possono seguire fondamentalmente due diversi approcci che non si escludono a vicenda :

► **Approccio proattivo** : l'analisi parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando, nelle diverse fasi, i punti di criticità. Questo approccio può essere utilizzato anche nella ideazione e progettazione di nuove procedure, di processi e di tecnologie per realizzare barriere protettive che impediscano l'errore umano/attivo;

► **Approccio reattivo** : l'analisi parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito al verificarsi dell' evento.

In una organizzazione sanitaria dove si introducono processi per la gestione del rischio, entrambi gli approcci possono essere utilizzati.

Tuttavia, per realizzare un processo sanitario sicuro, l'approccio proattivo è da preferire a quello reattivo.

Vengono proposti nel seguito metodi e strumenti per implementare un sistema di promozione della sicurezza del paziente.

5.8. STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO

- A. Sistemi di segnalazione (reporting);**
- B. Riunione per la sicurezza (briefing sulla sicurezza);**
- C. Safety walkaround (giri per la sicurezza);**
- D Focus group;**
- E. Revisione di cartelle cliniche;**
- F. Screening.**

A. SISTEMI DI SEGNALEZIONE (Reporting)

Un sistema di reporting efficace costituisce una componente essenziale di un programma per la sicurezza del paziente. È una modalità strutturata per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di eventi avversi e/o di quasi eventi. Lo scopo è di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità. Per quanto riguarda la modalità di segnalazione, essa può avvenire tramite formato prefissato o testo libero, consegnato a mano o inviato con mail, mettendo in atto le opportune forme di tutela della riservatezza della segnalazione.

Un sistema di reporting deve permettere l'identificazione di nuovi e non sospettati rischi, ad esempio complicazioni mai riconosciute associate all'uso di farmaci e, pertanto, alla raccolta deve sempre seguire l'analisi dei dati.

Nel nostro Paese sono stati implementati sistemi di segnalazione cosiddetti di "incident reporting" a livello di Regioni ed Aziende sanitarie che raccolgono eventi avversi e quasi eventi per favorire l'analisi e la predisposizione delle azioni preventive. Il Ministero della salute ha attivato un sistema di monitoraggio degli "eventi sentinella".

B. BRIEFING SULLA SICUREZZA (Riunione per la sicurezza)

Il **briefing sulla sicurezza** è uno strumento semplice e facile da usare per assicurare una cultura ed un approccio condiviso alla sicurezza del paziente. E' un metodo che consente di creare un ambiente in cui la sicurezza del paziente viene vista come una priorità, in un clima che stimoli la condivisione di informazioni circa le situazioni, effettive o potenziali, di rischio. Consiste in un breve confronto, una discussione colloquiale, ma strutturata, riguardante i potenziali rischi per il paziente presenti nella struttura operativa.

In termini quantitativi permette una facile misurazione del raggiungimento di obiettivi di sicurezza.

Il briefing sulla sicurezza non deve essere punitivo, può fare riferimento ad una lista di problemi di sicurezza, deve essere di facile applicabilità e utilizzabile per tutti i problemi riguardanti la sicurezza del paziente. La conduzione della riunione richiede la scelta di un moderatore capace di spiegare le motivazioni e gli obiettivi.

Il briefing può essere effettuato all'inizio del turno, raccogliendo, per un massimo di 5 minuti, tutti gli operatori che si occupano della cura del paziente.

Si parte con la rilevazione di problemi, dati, osservazioni (in caso di assenza di situazioni specifiche si

può fare riferimento a problemi potenziali).

Alla fine del turno va effettuato un **debriefing** (altra brevissima riunione), con lo scopo di indagare se si sono verificate delle situazioni potenzialmente rischiose nel corso delle attività.

L'introduzione del metodo va adattata alle esigenze della struttura operativa, garantendo comunque regolarità, continuità e risposta ai problemi che emergono.

La ricaduta immediata è la maggior responsabilizzazione nei comportamenti individuali, la maggior attenzione verso la sicurezza dei pazienti, il miglioramento del clima lavorativo, il potenziamento del "lavoro di " squadra".

C. SAFETY WALKAROUND (Giri per la sicurezza)

Questo metodo consiste in "**visite**" che i referenti della sicurezza, con mandato della direzione, effettuano nelle Strutture Operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Il personale viene invitato a raccontare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni. Un valore aggiunto importante deriva dal fatto che le informazioni raccolte in questo processo spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono portare talvolta alla introduzione di una immediata modifica che migliora da subito il processo assistenziale e la sicurezza. I referenti identificano delle priorità fra gli eventi e l'équipe clinico - assistenziale sviluppa soluzioni condivise con tutto lo staff. La raccolta deve essere anonima ed i problemi che emergono vengono registrati con le conseguenti azioni correttive.

Le modalità organizzative prevedono degli incontri, all'interno delle Strutture Operative, fra gli esperti e un piccolo gruppo o singoli operatori, della durata di pochi minuti, in cui si cerca di raccogliere e di stimolare le segnalazioni del personale per quanto riguarda situazioni di danno o di rischio.

Fra le barriere più frequenti da superare vi è la paura da parte degli operatori di essere puniti o colpevolizzati per avere effettuato la segnalazione e la diffidenza e mancanza di fiducia nelle conseguenti azioni correttive. E' quindi molto importante far capire l'importanza e la seria considerazione con cui vengono trattate le segnalazioni.

Deve essere chiaro a chi effettua la visita, ma soprattutto allo staff in prima linea, che oggetto dell'indagine non sono i comportamenti individuali, ma i sistemi in atto per la sicurezza del paziente. Il sistema proposto stimola il personale ad osservare comportamenti e pratiche con un occhio critico, riconoscere i rischi da un nuovo punto di vista.

D. FOCUS GROUP

Il **focus group** è una metodologia tipica della ricerca sociale, da anni introdotta anche in sanità, che

serve per identificare tutti gli aspetti di un problema partendo dalle esperienze e dalle percezioni delle persone che sono entrate in contatto con il problema stesso. Quindi, possono essere effettuati sia con singole figure professionali che con l'èquipe, con i pazienti, i familiari e con altri stakeholder. La discussione, della durata di circa un'ora e mezza, deve essere condotta da un moderatore preparato.

L'efficacia del focus group dipende dalle domande formulate che devono essere aperte e consentire il confronto e la massima interazione. Durante la discussione è possibile far emergere eventi avversi o quasi eventi, insufficienze latenti, nonché gli elementi essenziali che concorrono a determinare la cultura locale della sicurezza, utili per individuare le strategie più efficaci da introdurre nello specifico contesto.

E. REVISIONE DELLE CARTELLE CLINICHE

La revisione delle cartelle cliniche ha rappresentato la pietra miliare negli studi sugli errori in sanità. Rappresenta il metodo impiegato da più tempo per la valutazione di qualità, permette indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a linee guida e protocolli.

Le revisioni delle cartelle cliniche possono avvenire in modo esplicito quando il revisore cerca specifici tipi di dati o eventi oppure in modo implicito, laddove un clinico esperto emette un giudizio relativo ad un evento avverso e/o errore, ad esempio la mancata modifica di una terapia dopo la segnalazione di reazioni avverse. Il processo di revisione delle cartelle può essere anche usato per monitorare i progressi nella prevenzione degli eventi avversi quando, ad esempio, si introducono i progressi nella prevenzione degli eventi avversi o quando, ad esempio, si introducono pratiche più sicure e, attraverso la revisione, si valuta il livello di adozione delle stesse.

Il rilevatore, inoltre, emette un giudizio soggettivo che risente, oltre ad altre variabili, anche della propria specifica competenza. Mentre gli eventi avversi gravi sono quasi sempre riportati, gli errori e le condizioni sottostanti non lo sono mai ed i quasi eventi vengono raramente annotati.

Ne consegue che le cartelle sono utili per indagini preliminari, ma danno informazioni contestuali molto limitate. Altre limitazioni all'utilizzo di questa tecnica sono la necessità di una preparazione omogenea dei rilevatori, la preparazione di griglie di lettura. La selezione delle cartelle cliniche da sottoporre a revisione può essere focalizzata su un tipo specifico di evento relativo ai punti critici del processo assistenziale.

F. SCREENING

Questo metodo ha lo scopo di identificare possibili eventi avversi utilizzando i dati disponibili nei sistemi sanitari. Le banche dati possono essere interrogate in modo retroattivo o in tempo reale,

oppure si possono consultare gli archivi cartacei tradizionali. In questo modo si identifica la presenza di determinati eventi, precedentemente identificati come “segnalatori”, ad esempio la prescrizione di un antidoto nel caso di eventi avversi da farmaci.

5.9. CRITERI PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI

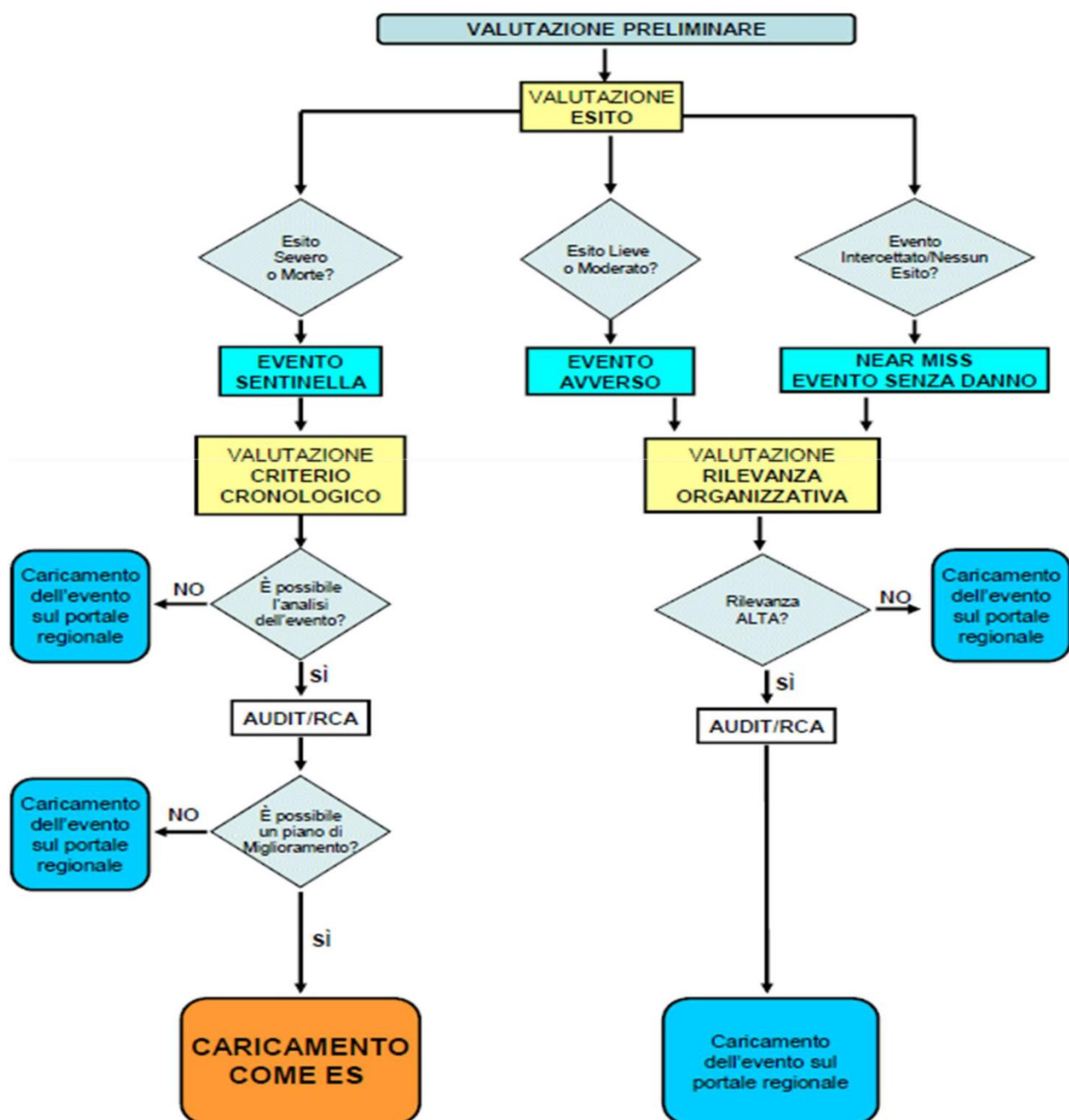
Centro Regionale Rischio Clinico "*Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*" del 6 luglio 2021.

Nella gestione del rischio clinico, la corretta definizione della tipologia di evento è fondamentale per il corretto svolgimento delle operazioni di analisi e la progettazione di interventi di miglioramento. L'evento che si verifica in un sistema complesso come quello delle organizzazioni sanitarie, difficilmente riconosce un rapporto lineare del tipo causa-effetto, essendo in genere determinato da un complesso di più fattori e fortemente influenzato dal contesto e dal setting assistenziale in cui si verifica.

Il CRRC, nel 2021, ha predisposto un "*Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*" per una corretta definizione della tipologia di evento che risulta fondamentale per il corretto svolgimento delle operazioni di analisi, la progettazione di interventi di miglioramento nonché per la corretta alimentazione del portale regionale relativo agli Eventi Sentinella.

Si riporta, di seguito, il diagramma di flusso per la classificazione degli eventi, rinviando al Documento del CRRC la trattazione dei Criteri per la classificazione degli stessi.

5.10. DIAGRAMMA DI FLUSSO PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI



5.11. IL RISCHIO INFETTIVO

Negli ultimi decenni l'assistenza sanitaria ha subito profonde trasformazioni passando dagli ospedali, che rappresentavano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi sanitari, alla moltiplicazione dei luoghi di cura extra ospedalieri (residenze sanitarie, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale, RSA, ecc.) e, pertanto, si è reso necessario superare il concetto di **"infezioni ospedaliere"** con quello di **"infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria" (ICA)**.

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono infezioni che insorgono durante il ricovero in una Struttura Sanitaria, o, in alcuni casi, successivamente alla dimissione del paziente, e che non erano clinicamente manifeste né in incubazione al momento dell'ammissione nella Struttura Sanitaria. Sono, pertanto, infezioni riferibili, per tempo di incubazione, al ricovero.

Avendo le ICA un costo, in termini di salute ed economici, per il paziente e per la Struttura Sanitaria, si è reso necessario adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire e controllare la trasmissione di infezioni negli ospedali e in tutte le strutture sanitarie non ospedaliere e, quindi, pianificare ed adottare le misure necessarie per ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive.

Le ICA interessano prevalentemente i pazienti, ma includono anche quelle del personale sanitario e/o altri soggetti che frequentano la Struttura Sanitaria. Per definizione, quindi, sono infezioni acquisite in ospedale o in altri ambiti sanitari di ricovero correlate all'episodio assistenziale.

Un importante motivo di interesse nel controllo delle ICA è la loro **parziale prevenibilità**, in quanto seppure non è possibile pervenire alla completa eliminazione del fenomeno, è assolutamente possibile la riduzione della frequenza delle ICA. E', pertanto, opportuno sorvegliare selettivamente quelle che sono attribuibili a problemi nella qualità dell'assistenza. In genere, si possono prevenire le infezioni associate a determinate procedure, attraverso la scelta di presidi più sicuri, l'adozione di misure di assistenza al paziente che garantiscano condizioni asettiche, il corretto e frequente lavaggio delle mani, ecc..

Per ridurre le ICA è necessario non solo attivare strategie per la rimozione/riduzione dei fattori di rischio, ma anche organizzare in modo sistematico i flussi informativi e la reportistica inerente la diffusione delle ICA, i consumi di soluzione alcolica e sapone, i consumi di antibiotici ed il rispetto delle Linee Guida e delle Procedure.

Gli effetti attesi da un rigoroso programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA sono positivi innanzitutto perché una politica di riduzione delle ICA determina un guadagno in salute dei cittadini e migliora la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati.

Per quanto riguarda i benefici economici attesi da un efficace programma di controllo del fenomeno, essi sono essenzialmente legati a :

- ❖ **riduzione della durata della degenza;**
- ❖ **miglioramento della struttura in termini di immagine, e quindi, di mercato;**
- ❖ **riduzione del risarcimento del danno e/o del premio assicurativo;**
- ❖ **riduzione del consumo di antibiotici.**

I principali meccanismi di trasmissione delle ICA sono :

- ❑ contatto diretto tra una persona sana e una infetta, soprattutto tramite le mani;
- ❑ contatto tramite le goccioline emesse nell'atto di tossire o starnutire da una persona infetta a una sana che si trovi a meno di 50 cm di distanza;
- ❑ trasmissione dell'infezione a più persone contemporaneamente, attraverso un veicolo comune contaminato (cibo, sangue, ecc.);
- ❑ via aerea, attraverso microrganismi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica le Infezioni Correlate all'Assistenza come l'evento avverso più frequente durante l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari, con un trend epidemiologico in progressione e un impatto clinico ed economico rilevante.

Tra i fattori sui quali si può intervenire per ridurre il rischio di ICA rientrano quelli legati alla struttura, agli impianti, alle risorse umane e tecnologiche, all'attuazione di pratiche assistenziali dimostratesi efficaci e all'uso responsabile degli antibiotici in quanto le ICA si accompagnano spesso a fenomeni di antimicrobico resistenza la cui comparsa e ascesa sono dovute principalmente al prolungato uso inappropriato degli antibiotici che rappresenta un'emergenza a livello mondiale in quanto è un fattore di rischio per l'insorgenza di infezioni gravi e di difficile trattamento.

La lotta alle ICA e all'antimicrobico resistenza sono, pertanto, un aspetto fondamentale per la sicurezza dei pazienti e un indicatore di qualità dell'assistenza.

Fondamentale in tale contesto è il ruolo svolto dalla formazione del personale sanitario su questi temi così come fondamentale è l'educazione e l'informazione agli ospiti delle Strutture Sanitarie su ciò che possono fare per prevenire le ICA e sull'uso prudente degli antibiotici.

E' necessario, in conclusione, diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull'errore come strumento di apprendimento e sulla "non colpevolezza".

Si richiama la Circolare Regione Lazio del 15.10.2020 che stabilisce, inoltre, per il contrasto al rischio infettivo, la realizzazione dei punti seguenti :

- “Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)”.

Con riguardo a questa implementazione si precisa che l’ infezione da enterobatteri resistenti ai carbapenemi non interessa, solitamente, persone sane in quanto colpisce soprattutto i soggetti immuno compromessi che si trovano in ambienti ospedalieri (come i degenti e soprattutto i lungodegenti), soggetti che vengono sottoposti all'inserimento di dispositivi medici come cateteri endovenosi e urinari e pazienti ricoverati in ospedale con importanti ferite o che hanno subito interventi chirurgici.

Nel caso in cui dovessero sopraggiungere infezioni tali da rendere necessario l’utilizzo di carbapenemi saranno informate e si farà riferimento alle Strutture Sanitarie di riferimento.

Pertanto, considerata la categoria di soggetti ospiti della Struttura Sanitaria denominata “Esserci”, si ritiene non necessaria tale implementazione.

- “Monitorare il consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza”;
- Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani”;
- Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici attraverso l’individuazione di un referente esperto e/o la costituzione di un team/gruppo multidisciplinare a supporto del CC-ICA con professionisti interni od esterni, anche avvalendosi, ove necessario, delle strutture della rete delle malattie infettive regionali”.

5.11.1. LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E IL RELATIVO PIANO (PAICA)

Alla luce dello specifico Documento regionale "*Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)*" - Determinazione della Regione Lazio prot. N. G00163 del 11/01/2019 - la S.R.T.R.e. "ESSERCI" ha elaborato, prima del presente PARS, il "**Piano Annuale per le ICA**".

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

5.11.2. IL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE ICA

Con Delibera degli amministratori del 03 febbraio 2020 "Il Brigante S.n.c. di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C." ha istituito per la S.R.T.R.e. "ESSERCI" il **Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza** (di seguito **CC-ICA**), che continuerà ad operare e a riunirsi periodicamente, ed è così composto :

COMPOSIZIONE CC-ICA	
PRESIDENTE <i>Responsabile Sanitario</i>	Dott. DANIELE NOCCA
COMPONENTE <i>Responsabile area infermieristica</i>	I.P. ALESSANDRO NANNI
COMPONENTE RSPP	Ing. TERENCE SUBIACO

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

Il CC-ICA ha il compito di vigilare e controllare sulle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale e di stimolare le attività e le buone pratiche finalizzate alla riduzione delle ICA.

I dati rilevati dal CC-ICA vengono analizzati dal Comitato stesso per rilevare le criticità esistenti e individuare gli interventi di miglioramento più idonei a contrastare il fenomeno delle ICA. Il Comitato, pertanto, vaglia e propone azioni di miglioramento, ivi comprese le attività formative, valutando anche i dispositivi, le attrezzature e i prodotti utilizzati.

All'interno del Comitato viene svolta, alla luce della capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, anche una attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza allo scopo di promuovere il corretto uso degli antibiotici.

Nella delibera di istituzione del Comitato per il controllo delle ICA è stata, inoltre, prevista la possibilità di affiancare al CC-ICA membri esperti sulle tematiche da affrontare con funzione di consulenza.

Gli obiettivi sono i seguenti :

- ✓ **Migliorare la capacità di cura;**
- ✓ **Migliorare l'appropriatezza della terapia antibiotica;**
- ✓ **Limitare la diffusione di resistenze;**
- ✓ **Limitare gli eventi avversi legati a farmaci.**
- ✓ **Raggiungere gli obiettivi previsti dal "Piano di azione locale sull'igiene delle mani".**

Il CC-ICA si riunisce quando è convocato dal Presidente.

5.12. IL PIANO DI AZIONE LOCALE SULL' IGIENE DELLE MANI

Il Centro Regionale Rischio Clinico della Regione Lazio, il 19 febbraio 2021, ha predisposto il **"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"** che la Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria ha adottato con Determinazione.

L'obiettivo del Documento è quello di definire un bundle (fascio) di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta alle Organizzazioni Sanitarie di elaborare un **"Piano di azione locale"** per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS e raggiungere un livello AVANZATO in ciascuno degli ambiti di valutazione, entro la fine del biennio 2021/2023.

Si precisa che il livello è :

⌘ **INADEGUATO** : quando la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti e sono, pertanto, necessari significativi miglioramenti.

⌘ **BASE** : quando sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento.

⌘ **INTERMEDIO** : quando è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo. Il livello Intermedio rappresenta il livello minimo che doveva essere garantito entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.

⌘ **AVANZATO** : quando la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

Il Provvedimento, rivolto alle Direzioni di tutte le Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale, ha reso necessaria l'**autovalutazione** prevista dal Piano Regionale e la elaborazione del **"PIANO DI AZIONE LOCALE"** sulla base dei risultati della suddetta autovalutazione. Il Documento e le sue implementazioni sono finalizzati alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e delle Strutture.

Il Piano di Azione Locale predisposto dalla S.R.T.R.e. "ESSERCI" è stato inserito, come richiesto dal Piano Regionale, fra le attività previste dal PARS (Piano Annuale Rischio Sanitario).

Il Provvedimento, rivolto alle Direzioni di tutte le Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale, ha reso necessaria l'**autovalutazione** prevista dal Piano

Regionale e la elaborazione del **"PIANO DI AZIONE LOCALE"** sulla base dei risultati della suddetta autovalutazione. Il Documento e le sue implementazioni sono finalizzati alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e delle Strutture.

Il Piano di Azione Locale predisposto dalla S.R.T.R.e. "ESSERCI" è stato inserito, come richiesto dal Piano Regionale, fra le attività previste dal PARS (Piano Annuale Rischio Sanitario).

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

E' certo, dunque, che le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono l'Evento Avverso più frequente nell'assistenza sanitaria, spesso causa di un prolungamento delle degenze in ospedale, disabilità a lungo termine, decessi, e, non ultimo, il rischio di sviluppo di resistenza agli antimicrobici da parte dei microrganismi, con costi aggiuntivi significativi per il Sistema Sanitario.

La **corretta pratica dell'igiene delle mani** è una delle azioni fondamentali non solo delle cosiddette "precauzioni standard", ma anche nel caso in cui sia necessario adottare precauzioni ulteriori, come quelle da contatto. La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i bundle relativi al rischio infettivo.

Le ICA possono essere causate da microrganismi già presenti sulla cute e sulle mucose del paziente (infezioni endogene) o da microrganismi trasmessi tramite un altro paziente, un operatore sanitario o l'ambiente (infezioni esogene). Le cause sono molteplici, fra le principali ricordiamo :

- ❑ l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunodepressione) o la presenza di altre gravi patologie concomitanti;
- ❑ la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale;
- ❑ l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA;
- ❑ la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi; gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito

della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili.

In Europa, le ICA provocano ogni anno :

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

Uno studio nazionale di prevalenza condotto nel 2018, ha rilevato una frequenza media di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale; nell'assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA.

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

Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione, si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%. Fra questi interventi la **corretta igiene delle mani** rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente.

Purtroppo il livello di adesione a questa pratica è, spesso, inaccettabilmente, basso. In letteratura è riportata un'adesione inferiore al 40% nelle Strutture Sanitarie in cui non sono stati implementati appositi programmi di sensibilizzazione. Questo valore scende sotto il 20% nelle strutture residenziali per anziani.

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

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano

strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del “tutto o nulla” dei bundle, debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un’infezione.

Anche nella gestione dell’emergenza pandemica da SARS-Cov-2, l’igiene delle mani, associata al distanziamento fisico e all’etichetta respiratoria, rappresenta un elemento di cruciale importanza per ridurre la trasmissione del virus in tutti gli ambiti, professionali e no. In ambito lavorativo, in particolare, i dispositivi medici e i dispositivi di protezione individuale sono efficaci per la protezione degli operatori solo se inseriti all’interno di un più ampio insieme d’interventi che comprende controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici, tra i quali quelli relativi all’igiene delle mani.

Le attività poste in essere dalla S.R.T.R.e. “ESSERCI” nel corso dell’anno 2024 hanno permesso alla stessa di raggiungere il Livello **INTERMEDIO** in ciascuno degli ambiti valutati.

Si rimanda al “**Piano di azione locale sull’igiene delle mani**” e sue revisioni, predisposto dalla Struttura Sanitaria in ottemperanza al “Piano di intervento Regionale sull’igiene delle mani” del Centro Regionale Rischio Clinico, per completezza dell’argomento.

5.13. IL PROGRAMMA DI PREVENZIONE E GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Gli operatori dei servizi sanitari, nel corso dell'attività lavorativa, sono esposti al rischio significativo di affrontare un'esperienza di violenza e ciò in quanto sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in un stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo. Il dolore, ambienti non familiari, alterazioni mentali e dell'umore legate a farmaci e alla progressione della malattia possono essere all'origine di comportamenti agitati e violenti.

Gli atti di violenza consistono nella maggior parte dei casi in eventi con esito non severo, ossia aggressione o tentativo di aggressione, fisica o verbale, quale quella realizzata con uso di un linguaggio offensivo.

Il termine *“Violenza sul posto di lavoro”* è piuttosto generico comprendendo eventi che vanno da comportamenti incivili, alla mancanza di rispetto verso gli operatori, dagli insulti alle minacce verbali, fino ad arrivare all'aggressione fisica o psicologica degli operatori con esiti anche mortali, **da parte di soggetti esterni all'organizzazione**, compresi i pazienti, tali da mettere a repentaglio la salute, la sicurezza o il benessere dell'individuo.

Oltre a quelli già conosciuti, legati all'ambiente di lavoro in ambito sanitario, quali i rischi biologici, fisici e chimici, emergono quindi anche rischi psicosociali, che possono verificarsi in ambito lavorativo, dovuti all'esposizione ad aggressioni del personale sanitario da parte degli utenti/parenti/visitatori.

Già nel 2002, l'OMS aveva riconosciuto come la violenza in ambito lavorativo fosse un problema di salute pubblica nel mondo e il National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) ha definita la **violenza nel posto di lavoro** come *"ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro"*.

Il **Ministero della Salute**, già nel novembre 2007, ha emanato una specifica raccomandazione sull'argomento (**Raccomandazione numero 8**) per incoraggiare l'analisi dei fattori di rischio e per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, adottando misure che permettano di ridurre, e se possibile eliminare, le condizioni di rischio ed ha inserito “gli atti di violenza a danno

di operatore” fra gli **Eventi sentinella (ES)** che devono essere segnalati al **SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità)** per quantificare le dimensioni del fenomeno in quanto l’aggressione del personale sanitario deve essere considerato un **evento avverso di particolare gravità**, in quanto segnale della presenza nell'ambiente di lavoro di situazioni di rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori.

L’attenzione della Regione Lazio relativamente al problema degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari è testimoniata dal fatto che già nel settembre 2018 è stato istituito un Osservatorio Regionale sulla Sicurezza degli Operatori Sanitari, in netto anticipo rispetto all’Osservatorio Nazionale, istituito dalla legge 14 agosto 2020 n. 113, recante ***“Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell’esercizio delle loro funzioni”***.

Il **Centro Regionale del Rischio Clinico (CRRC)** della **Regione Lazio**, con Determinazione n. G13505 del 25.10.2018, ha elaborato ed approvato un ***“Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza (PPV) a danno degli operatori sanitari”*** (poi revisionato con Documento del CRRC del 6 settembre 2021) che ha reso necessario la creazione di un Protocollo Aziendale.

Il PPV ha lo scopo di migliorare la sicurezza degli operatori sanitari, prevenire/contenere gli atti di aggressione agli stessi nelle Strutture Aziendali, ridurre/eliminare i fattori di rischio e fornire agli operatori le conoscenze e le competenze per valutare, prevenire e gestire tali eventi. A tal fine, nel rispetto della normativa, “Il Brigante S.n.c.” ha :

- ◆ Istituito il **Gruppo di Lavoro Interdisciplinare** per avviare l’elaborazione ovvero la revisione del ***“Programma di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”***;
- ◆ Elaborato ed implementato il **Programma di Prevenzione degli atti di Violenza a danno degli operatori sanitari (PPV)**, che è stato inserito come capitolo monografico nel **Documento di Valutazione dei Rischi (DVR)** di cui al Decreto Legislativo n. 81/08 e s.m.i, a cura del **Gruppo di Lavoro Interdisciplinare** coordinato dal Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP). Tale Programma è rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti in processi assistenziali, in qualsiasi occasione di lavoro;
- ◆ Programmato ed implementato interventi preventivi e protettivi che consentano di eliminare o ridurre le condizioni di rischio di atti di violenza a danno degli operatori sanitari (individuali, ambientali, organizzativi) presenti all'interno delle Strutture Aziendali;

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

- ◆ Diffuso una politica di tolleranza zero verso qualsiasi atto di violenza, fisica o verbale, all'interno delle Strutture Aziendali, e si è assicurata che operatori, pazienti, visitatori, siano a conoscenza di tale politica;
- ◆ Accresciuto la capacità degli operatori sanitari nel prevenire, valutare e gestire tali eventi, quando accadono;
- ◆ Incoraggiato il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare il rischio;
- ◆ Definito come supportare le vittime di episodi di violenza con adeguata assistenza legale e psicologica;
- ◆ Informato e formato gli operatori sulla prevenzione e gestione degli eventi aggressivi (si considerano "operatori" tutti coloro che sono coinvolti in processi clinico - assistenziali rivolti alla persona);
- ◆ Applicato specifiche procedure per l'implementazione della Raccomandazione ministeriale n. 8, sulla base dei contenuti del Documento di indirizzo sopracitato;
- ◆ Previsto la matrice delle responsabilità.

E' da precisare che :

1. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari rappresentano un problema di **sicurezza del lavoro** che va affrontato secondo quanto previsto dal D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i. recante "*Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro*" (TUSSL) : il rischio di subire una aggressione sul posto di lavoro viene valutato e gestito dall'Azienda al pari di qualsiasi altro rischio lavorativo. In quanto tale rientra nella valutazione dei rischi previsti dal TUSSL, che riguarda tutti i rischi "*presenti nell'ambito della Organizzazione in cui i lavoratori prestano la propria attività*" ed è "*finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza*".

Tuttavia, è necessario sottolineare che il rischio di subire un atto di violenza sul posto di lavoro presenta aspetti peculiari che devono essere adeguatamente considerati per orientare correttamente sia la valutazione del rischio che l'identificazione di adeguate misure protettive in quanto si è in presenza di un di un fattore di rischio "esterno" all'ambiente di lavoro e alle mansioni specifiche, legato a comportamenti di individui che sono caratterizzati da una estrema variabilità quando non da una assoluta imprevedibilità.

2. Fatti salvi casi limitati e specifici, gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono da considerarsi come reati e, come tali, vanno perseguiti;

3. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari presentano un ampio spettro di eventi assai variegati che presentano margini di prevedibilità e prevenibilità molto diversi tra loro e spesso ridotti o difficilmente quantificabili;

4. Le indicazioni ministeriali sull'applicazione della citata Raccomandazione sono quelle di classificare come **Eventi Sentinella (ES)** gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, **indipendentemente dall'esito**.

5. La segnalazione è obbligatoria anche per le *"aggressioni subite da parte di pazienti a particolare rischio dai quali è possibile attendersi comportamenti violenti"*.

Sono escluse dalle segnalazioni soltanto le *"aggressioni verbali che non abbiano il carattere di minaccia o intimidazione"*.

Il CRRC Lazio, nel *"Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"*, suggerisce di classificare come Eventi Sentinella gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari per i quali si verifichi uno dei seguenti casi :

- a. Sia possibile la elaborazione di un piano di miglioramento specifico e/o
- b. L'esito per l'operatore coinvolto o per almeno uno degli operatori coinvolti, nel caso di aggressione a più operatori, sia almeno MODERATO.

Si rimanda al **"Programma di Prevenzione degli atti di Violenza a danno degli operatori sanitari (PPV)"** e sue revisioni, predisposto dall'Ente, per completezza dell'argomento.

5.14. IL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE

Alla luce della **Raccomandazione n. 13/2011** del Ministero della Salute, che si pone come strumento per la prevenzione delle cadute dei pazienti e può trovare utile applicazione anche per la compressione del rischio di tale evento e per una appropriata ed efficace gestione della persona a seguito di caduta, e della Determinazione Regione Lazio 25 ottobre 2016 n. G.12356 – Approvazione del **“Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”**, contenente le Linee Guida e d’indirizzo per le aziende del SSR e che prevede l’adozione da parte delle Aziende Sanitarie del **“Piano Aziendale per la prevenzione delle cadute”**, nella S.R.T.R.e. “ESSERCI” sono state adottate procedure sulla prevenzione e la gestione della caduta del paziente, recependo le indicazioni contenute nel Piano Regionale. E’ stato, pertanto, costituito il **Gruppo di Lavoro** per la elaborazione del **“Programma di prevenzione e gestione della caduta del paziente”**.

Premesso che la S.R.T.R.e. “ESSERCI”, per la tipologia di persone che ospita, il concetto di **“anziano”** quale **persona di età uguale o superiore a 65 anni** trova limitata applicazione, rimane tuttavia l’esigenza di valutare, prevenire e gestire le cadute degli utenti/pazienti in quanto **i portatori di disabilità psichica devono essere considerati soggetti a rischio** in quanto **soggetti fragili**.

Le cadute dei pazienti rappresentano il più comune e frequente **Evento Avverso** nelle Strutture Sanitarie e nelle Strutture Residenziali, quasi sempre colpiscono persone fragili e possono determinare conseguenze immediate e tardive anche gravi fino a condurre, in alcuni casi, alla morte. Il Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella - 5° Rapporto (Settembre 2005 - Dicembre 2012) del Ministero della Salute conferma che l’Evento Sentinella più segnalato (24,6%) è la **“morte o grave danno per caduta di paziente”**, indicando che il problema delle cadute è rilevante per le Strutture Sanitarie.

Dagli studi epidemiologici emerge che nella popolazione generale il rischio di caduta è maggiore nei soggetti anziani rispetto ai giovani, e tale rischio aumenta in ambiente ospedaliero : infatti alle condizioni proprie di ciascun paziente (preesistenti al ricovero) si sommano dei fattori di rischio aggiuntivi, legati ad un ambiente nuovo ed estraneo, alla presenza di una patologia acuta o all’assunzione di farmaci che possono influenzare il sistema dell’equilibrio e le stesse funzioni cognitive.

La gestione della **prevenzione delle cadute**, pertanto, continua ad essere uno degli aspetti più

impegnativi nell'applicare in sicurezza i percorsi clinico - assistenziali e i sistemi sanitari e le organizzazioni da diversi anni focalizzano i loro sforzi nella prevenzione e gestione dei danni da caduta, soprattutto nella popolazione anziana e fragile.

Si stima che circa il **14%** delle cadute in ospedale sia classificabile come **accidentale**, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), **l'8%** come **imprevedibile**, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il **78%** rientri tra le cadute **prevedibili** per fattori di rischio **identificabili** della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione).

Le cadute accidentali si collocano al quarto posto, per frequenza, dopo l'errore chirurgico, diagnostico e terapeutico, e si stima che siano la causa di milioni di euro l'anno di risarcimenti. Le spese mediche legate alle cadute rappresentano nei Paesi occidentali, circa il 5% della spesa sanitaria complessiva.

Oltre a danni di tipo fisico e psicologico, le cadute avvenute in un contesto di ricovero comportano un incremento dei costi sanitari e sociali e anche un'immagine negativa della Struttura Sanitaria che potrebbe apparire poco attenta alla problematica, nonché una possibile rivalsa da parte della persona caduta e dei suoi familiari per un adeguato ristoro (denuncia per risarcimento danni). La riduzione del rischio di caduta del paziente in Struttura Sanitaria costituisce, pertanto, un indicatore della qualità assistenziale.

Quando le conseguenze sono **la morte o un grave danno**, la caduta viene classificata come **"Evento Sentinella"**, ovvero come evento che rende obbligatoria un'analisi conoscitiva per accertare se nella sua genesi siano riscontrabili fattori eliminabili o comunque riducibili.

Le cadute sono eventi potenzialmente prevenibili tramite la rilevazione di alcuni elementi che, congiuntamente ad una irrinunciabile valutazione clinica ed assistenziale globale, consentono agli operatori sanitari di adottare le opportune azioni preventive.

Il rischio di cadute non può essere completamente azzerato, tuttavia è necessario definire azioni di prevenzione volte al suo contenimento e azioni di gestione dell'evento caduta volte a mantenere/ristabilire la fiducia del paziente, dei suoi familiari e in generale dei cittadini nel Servizio Sanitario.

E' fondamentale, pertanto, che operatori, utenti e familiari acquisiscano la consapevolezza del rischio di caduta e collaborino in modo integrato e costante, attento all'applicazione di strategie multifattoriali.

La Raccomandazione Ministeriale n.13, del novembre 2011, indica una serie di azioni da intraprendere per ridurre il rischio caduta nelle Strutture Sanitarie.

La S.R.T.R.e. "ESSERCI" ha individuato un Gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale per l'elaborazione di una Procedura di prevenzione e gestione delle cadute nella Struttura, che tiene conto delle procedure già in essere e degli ultimi aggiornamenti riportati dalla letteratura riguardo agli strumenti di valutazione del rischio caduta.

Come sopra detto, la Raccomandazione 13 del Ministero della Salute, si prefigge di ridurre il rischio di caduta e, nel caso che questa avvenga, di ridurne le conseguenze.

La Procedura ha, pertanto, lo scopo di fornire agli operatori sanitari, coinvolti nel processo clinico-assistenziale, le indicazioni e gli strumenti finalizzati alla prevenzione e gestione delle cadute del soggetto ricoverato, con i seguenti obiettivi :

- ❑ implementare la Raccomandazione Ministeriale n. 13/2011 *"Prevenzione e gestione della caduta del Paziente nelle strutture sanitarie"*;
- ❑ prevenire il verificarsi dell'evento sentinella *"Morte o grave danno per caduta del paziente"* nella Struttura Sanitaria;
- ❑ contenere il rischio caduta e, nel caso che l'evento accada, di ridurne le conseguenze;
- ❑ uniformare le modalità di rilevazione del rischio caduta degli utenti con uno strumento di previsione agile, ma sufficientemente dettagliato, che possa essere utilizzato in fase di valutazione del soggetto all'ingresso nella Struttura;
- ❑ adeguare l'assistenza dell'utente in funzione del profilo di rischio-caduta;
- ❑ diffondere una cultura di informazione e sensibilizzazione del personale sanitario, della persona assistita e dei suoi familiari verso il rischio-caduta, anche attraverso l'utilizzo di materiale informativo (es. opuscolo, brochure) e di una cartellonistica adeguata;
- ❑ definire le modalità di segnalazione di tutte le cadute che avvengono nella Struttura, con danno o senza danno, attraverso una scheda dettagliata, da compilarsi a cura del Responsabile Sanitario e dell'Infermiere, che contenga tutti gli elementi descrittivi dell'evento, i provvedimenti adottati, l'eventuale descrizione del danno subito dal soggetto;
- ❑ definire i ruoli e le responsabilità dei diversi attori nelle fasi di articolazione della procedura;
- ❑ monitorare le cadute del soggetto ospite della Struttura al fine di avere una precisa stima degli eventi, e sulla base dell'analisi dei dati poter definire eventuali ulteriori azioni di contenimento del rischio;

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

- ☐ uniformare le modalità di gestione dell’evento caduta, compreso il monitoraggio degli esiti;
- ☐ individuare, in collaborazione con il SPP gli ostacoli e/o le condizioni ambientali che possono favorire il rischio-caduta, così da rimuoverli, per quanto possibile.

Gli obiettivi della Procedura adottata sono, pertanto :

a. SUL PIANO PROATTIVO

- Identificare i fattori che espongono l’utente a rischio cadute.
- Elaborare strategie idonee a ridurre l’esposizione a tali fattori al fine di ridurre gli incidenti.
- Prevenire il verificarsi dell’Evento Sentinella “*Morte o grave danno per caduta di paziente*”.
- Regolamentare la contenzione temporanea delle persone ad altissimo rischio di caduta.

b. SUL PIANO REATTIVO

- Uniformare le modalità di segnalazione dell’evento caduta.
- Standardizzare modalità reattive all’Evento Avverso, compresa la gestione della persona a seguito di caduta.

Le attività previste nella Procedura sono riconducibili a due ambiti :

1. Prevenzione delle cadute.
2. Gestione delle cadute.

La Procedura si applica nella Struttura in cui viene prestata assistenza agli utenti denominata S.R.T.R.e. “ESSERCI”, e si rivolge a tutti gli operatori coinvolti nelle attività, a tutela degli ospiti fruitori delle prestazioni.

La prevenzione delle cadute del soggetto ricoverato prevede, pertanto, le seguenti attività :

- ☐ Valutazione del rischio caduta;
- ☐ Valutazione della sicurezza dell’ambiente e dei presidi;
- ☐ Interventi informativi per gli utenti/familiari;
- ☐ Indicazioni assistenziali per gli utenti a rischio caduta.

I fattori di rischio che pongono il soggetto a rischio caduta sono stati suddivisi in due categorie :

a) FATTORI DIPENDENTI DALLE CONDIZIONI DI SALUTE.

**b) FATTORI AMBIENTALI, ERGONOMICI ED ORGANIZZATIVO -
ASSISTENZIALI.**

Attraverso la valutazione di ciascun utente e l’attuazione di interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio personali ed ambientali è possibile prevenire e comprimere il rischio di caduta.

Anche la capacità e la possibilità di una **gestione immediata e corretta della persona dopo una caduta** e di una **assistenza appropriata** per gli eventuali esiti sono obiettivi professionali ed organizzativi fondamentali per gli operatori e per l'Azienda che, pertanto, ha predisposto il Programma di gestione del rischio di caduta volto :

- ♦ alla individuazione del **profilo di rischio** nel contesto aziendale in relazione alle caratteristiche dell'utente;
- ♦ alla definizione di **misure di prevenzione**, considerando i **fattori di protezione e precauzione**;
- ♦ all'attivazione di un **sistema di osservazione dei risultati conseguiti** in seguito all'applicazione delle **misure preventive**, utilizzando come indicatore la riduzione del numero di cadute in un anno;
- ♦ all'attivazione di **appropriate modalità di gestione della persona che è caduta**;
- ♦ alla implementazione di un **sistema informativo per la segnalazione** delle cadute e delle mancate cadute (*near fall*) nonché di gestione dei dati **allo scopo di adottare le misure correttive più adeguate e di fornire informazioni agli operatori**;
- ♦ all'attivazione di **interventi informativi/formativi** per operatori e utenti.

Sulla base dell'identificazione dei fattori di rischio, inoltre, **l'Azienda provvede, a livello operativo :**

- ♦ all'utilizzo di **appropriate modalità di valutazione del rischio di caduta dell'utente**;
- ♦ alla **valutazione ambientale periodica**, in collaborazione tra i servizi assistenziali e quelli deputati alla prevenzione e sicurezza della Struttura.

Si rimanda al **"Programma di prevenzione e gestione della caduta del paziente "**, predisposto dall'ente in ottemperanza alla **Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute e del "Piano regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti" della Regione Lazio**, per completezza dell'argomento.

5.15. SICUREZZA FARMACI E DISPOSITIVI

Sono presenti Protocolli specifici per la gestione, la specifica conservazione e la somministrazione dei farmaci con lo scopo di salvaguardare le norme di farmaco-vigilanza ma anche di rendere sempre più autonoma e consapevole la gestione della terapia da parte degli utenti della Struttura.

✓ I protocolli di gestione, distribuzione, messa in uso e controllo dei presidi farmacologici sono condotti dal personale infermieristico e supervisionati dalla direzione sanitaria della Struttura.

✓ I protocolli di somministrazione delle terapie e controllo della giustezza ed efficacia delle procedure di utilizzo dei farmaci sono monitorati dalla Direzione Sanitaria e affidati all'esecuzione delle figure sanitarie in turno.

5.16. PREVENZIONE E GESTIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE

Con il termine **lesione da pressione** (di seguito **LdP**) si intende un'area localizzata di danno della cute e/o dei tessuti cutanei dovuto all'occlusione del flusso capillare causato da forze di pressione, o dalla pressione combinata con altri fattori come trazione, frizione e umidità, che si forma normalmente in corrispondenza di prominenze ossee, classificata in stadi rispetto alla sua gravità.

Le LdP rappresentano un importante problema per le organizzazioni sanitarie da un punto di vista sia epidemiologico che clinico, in quanto influiscono pesantemente sulla qualità della vita delle persone assistite che ne sono affette. La genesi delle LdP è multifattoriale e, in ragione del fatto che la loro incidenza aumenta nei soggetti affetti da patologie che compromettono la funzionalità neuromotoria e nei soggetti anziani allettati, la prevalenza del fenomeno è destinata a crescere in ragione dei mutamenti demografici della società. Da un punto di vista di gestione del rischio clinico, inoltre, le LdP rappresentano un importante indicatore della qualità dell'assistenza, in quanto si tratta di una condizione potenzialmente prevedibile e prevenibile.

Sulla base del *“Documento di indirizzo per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione”* elaborato dal Centro Regionale Rischio Clinico Regione Lazio nel mese di luglio 2024 agli operatori della S.R.T.R.e. “ESSERCI” sono state fornite indicazioni proattive e reattive essenziali per il supporto decisionale nella prevenzione e nel trattamento dell'evento avverso LdP in età adulta, anche al fine di supportarle nella costruzione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

specifico sulle LdP. A tal fine è stata delineata una successione di *test point* sulla base di indicatori con l’obiettivo di rilevare precocemente le deviazioni dal percorso atteso al fine di poter adottare tempestivamente le misure clinico - assistenziali più idonee per il singolo caso e limitare così i potenziali danni legati a ritardi, omissioni e/o inappropriately all’interno del percorso clinico - assistenziale.

Ciò al fine di tutelare le persone assistite potenzialmente a rischio di sviluppare o portatrici di LdP nelle fasi di accettazione, ricovero e dimissione, nonché degli operatori sanitari e della Struttura, tenendo conto dell’ambito specifico di assistenza.

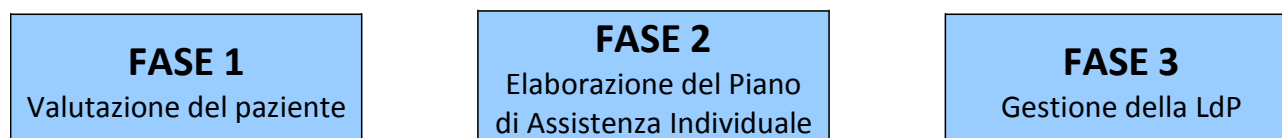
Per una efficace governo della prevenzione e gestione delle LdP la S.R.T.R.e. “ESSERCI” deve adeguatamente presidiare i seguenti elementi di ambito organizzativo e professionale :

- a. Definizione di un sistema di monitoraggio e feedback dei percorsi di presa in carico e di gestione della persona assistita all’interno delle procedure/istruzioni operative adottate, comprese le modalità per la valutazione e la rivalutazione della persona assistita nel corso del ricovero;
- b. Definizione di un adeguato programma di formazione degli operatori sanitari, specifico per la prevenzione e la gestione delle LdP.

Sulla base di quanto sopra esposto, il processo assistenziale delle LdP è stato suddiviso in tre percorsi:

- **Percorso A** : Gestione del **paziente non a rischio** di LdP
- **Percorso B** : Gestione del **paziente a rischio** di LdP
- **Percorso C** : Gestione del **paziente portatore** di LdP

All’interno dei percorsi sono state poi definite le seguenti Fasi :



È evidente che la fase di valutazione della persona assistita è comune a tutti i percorsi, mentre le fasi successive sono specifiche per il percorso **B** e **C**, rispettivamente.

Per ogni fase del processo sono stati adottati un set di indicatori che viene considerato il livello mandatorio minimo per dare evidenza documentale al percorso assistenziale relativo alle LdP.

5.16.1. GESTIONE DEL PAZIENTE NON A RISCHIO DI LpD

Per paziente non a rischio di LdP si intende il soggetto che al momento del ricovero nella Struttura non presenta condizioni generali e/o specifiche che possono causare o contribuire all'insorgenza di una LdP.

La valutazione del paziente è il primo passo per una corretta prevenzione. Vengono considerate come non a rischio tutte le persone assistite autonome e deambulanti (pazienti psichiatriche senza limiti funzionali) e, al fine di dare opportuna evidenza a questa fase, vengono utilizzati strumenti validati per valutare il rischio di insorgenza di LdP accompagnati da una completa valutazione della cute e delle condizioni generali della persona assistita. Si precisa che, in termini di predittività dell'insorgenza di LdP, viene utilizzata la **scala di Braden** (Allegato 1. al Documento di Indirizzo per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione del CRRC Regione Lazio).

La valutazione del rischio di sviluppare LdP viene eseguita entro otto ore dalla presa in carico (o non appena si disponga delle informazioni necessarie) e ripetuta, utilizzando sempre lo stesso strumento, al variare delle condizioni clinico - assistenziali della persona assistita.

In caso di trasferimento del paziente presso altra Struttura, viene documentata l'assenza di LdP.

Indicatori minimi di processo

- ✓ Evidenza documentale di esclusione del paziente da ogni classe di rischio al momento del ricovero. La valutazione viene ripetuta al variare delle condizioni clinico - assistenziali della persona assistita.
- ✓ In caso di trasferimento : attestazione nella documentazione sanitaria dell'assenza di LdP.
- ✓ In caso di dimissione : attestazione dell'assenza di LdP nella lettera di dimissioni.

5.16.2. GESTIONE DEL PAZIENTE A RISCHIO DI LdP

Per paziente a rischio di LdP si intende la persona assistita che al ricovero o durante la degenza presenti o sviluppi condizioni cliniche che possano causare o contribuire allo sviluppo di una LdP. Sono inclusi in questo percorso tutte le persone assistite non appartenenti al Percorso A o che, appartenendo inizialmente al percorso A, hanno modificato il profilo di rischio individuale per LdP.

Vengono considerati a rischio di insorgenza di LdP :

- a) Individui costretti a letto e/o in carrozzina;
- b) Individui con limitazioni della mobilità o delle attività (per esempio: riduzione della mobilità degli arti e della capacità di cambiare la posizione in autonomia);
- c) Individui con deficit cognitivo, non in grado di percepire e/o riferire ed esprimere il proprio stato fisico;
- d) Categorie quali, per esempio: pazienti gravemente obesi; persone assistite di età superiore ai 70 anni con comorbidità; ecc.).

Per tutti i soggetti a rischio di sviluppare LdP l'equipe sanitaria elabora ed attua un Piano di Assistenza Individuale (di seguito PAI) che prevede i seguenti contenuti minimi :

1. Ispezione periodica e frequente della cute per individuare precocemente aree di rossore, in particolare se tale rossore non è reversibile alla digitopressione.
2. Valutazione dello stato nutrizionale, che ha un ruolo determinante nello sviluppo di una LdP.
3. Mobilizzazione, in quanto l'immobilità e l'inattività sono fra i principali fattori causali dell'insorgenza di LdP. Nei soggetti costretti al letto viene avviata, ove possibile, una precoce riabilitazione motoria attiva e/o passiva. La mobilizzazione viene definita non solo nei modi, ma anche negli orari.
4. Utilizzo di dispositivi antidecubito atti a ridurre la pressione esercitata sulla cute dalla superficie di contatto, in modo da assicurare lo scaricamento delle pressioni sia nella posizione supina che in quella seduta. Ogni Struttura è stata dotata di presidi e dispositivi antidecubito di comprovata efficacia e compatibili con il *setting* assistenziale della persona assistita.

Nella documentazione clinica della persona assistita viene data opportuna evidenza del PAI e dell'utilizzo di dispositivi antidecubito coerenti con il rischio rilevato.

In caso di trasferimento o di dimissione, nella documentazione clinica (richiesta o lettera di

trasferimento, lettera di dimissione) viene specificato quanto segue :

- a. i fattori di rischio individuati e lo strumento di valutazione utilizzato;
- b. le condizioni della cute al momento del trasferimento/dimissione;
- c. la necessità di un presidio per ridurre la pressione sui punti di appoggio e/o la necessità di un eventuale supporto terapeutico e/o nutrizionale.

Nella documentazione sanitaria viene anche evidenziato :

- d. il livello di rischio per LdP specificando lo strumento di valutazione utilizzato;
- e. l'avvenuta informazione della persona assistita sul PAI, prevedendo l'eventuale coinvolgimento dei familiari della persona assistita, inserendo i dati relativi a data ed orario dell'avvenuto colloquio e facendo apporre la firma in calce al destinatario dell'informazione.

Indicatori minimi di processo

- ✓ Presenza nella documentazione sanitaria dello strumento utilizzato per la valutazione del rischio LdP. La valutazione deve essere ripetuta al variare delle condizioni clinico - assistenziali della persona assistita.
- ✓ In caso di trasferimento : presenza nella documentazione sanitaria di attestazione dell'assenza di LdP specificando le condizioni della cute, eventuali necessità clinico - assistenziali della persona assistita.
- ✓ In caso di dimissione : attestazione nella lettera di dimissione dell'assenza di LdP specificando le condizioni della cute, eventuali necessità clinico - assistenziali della persona assistita.

5.16.3. GESTIONE DEL PAZIENTE PORTATORE DI LdP

Per **paziente portatore di LdP** si intende la persona assistita che al momento del ricovero, o nel corso della degenza, presenti una o più LdP, indipendentemente dalla localizzazione e dallo stadio lesionale.

Nel caso di un paziente che presenti al momento del ricovero una LdP o che la sviluppi nel corso della degenza, la valutazione dovrà tener conto non solo delle LdP attive ma anche di tutte le aree cutanee potenzialmente a rischio di progressione verso l'insorgenza di LdP.

Le lesioni da pressione devono essere sottoposte a una prima valutazione al momento della loro comparsa o al momento della presa in carico del soggetto. La valutazione deve essere ripetuta al momento di ogni medicazione nonché sulla base dello specifico PAI o al variare delle condizioni della lesione o di quelle clinico-assistenziali della persona assistita.

Il dolore è un parametro vitale che, nel paziente portatore di LdP, deve essere valutato prendendo in considerazione aspetti sia quantitativi che qualitativi. Tale valutazione deve essere condotta anche nelle persone assistite non in grado di comunicare il proprio disagio come, ad esempio, nel caso di decadimento delle capacità cognitive.

Per le persone assistite con deficit cognitivo, che rifiutano di rispondere alle domande, o che presentano difficoltà linguistiche o comunicative, viene utilizzata la scala PAINAD (*Pain Assessment In Advanced Dementia* - Allegato 4) del Documento di Indirizzo del C R R C .

L'elaborazione del PAI nelle persone assistite portatrici di LdP si pone come obiettivo prioritario la prevenzione della evoluzione peggiorativa delle LdP già presenti e delle eventuali altre aree cutanee potenzialmente a rischio.

Indicatori minimi di processo

- ✓ Dare evidenza nella documentazione sanitaria del Piano di Assistenza Individuale;
- ✓ Dare evidenza nella documentazione sanitaria della valutazione quotidiana del dolore;
- ✓ Dare evidenza nella documentazione sanitaria della valutazione dello stato della lesione;
- ✓ Dare evidenza nella documentazione sanitaria del trattamento effettuato sulla base della valutazione dello stato della lesione.

5.17. GESTIONE DEI RECLAMI E DELLE SEGNALAZIONI

La gestione dei reclami e delle segnalazioni avviene applicando la apposita Procedura aziendale che descrivere le modalità con cui L'Azienda ha deciso di gestire le segnalazioni dell'utenza per rispondere alle esigenze manifestate, per esercitare una verifica della adeguatezza dei servizi offerti e per sviluppare consapevolezza delle problematiche che possono richiedere interventi correttivi di miglioramento.

La Procedura riguarda tutte le possibili segnalazioni presentate dalla utenza, positive o negative, e da parte degli operatori.

Reclami e suggerimenti, rappresentano precisi indicatori del giudizio dell'utente sulla qualità dei servizi e permettono l'individuazione di aspetti critici in ambito professionale, relazionale ed organizzativo, sui quali attivare azioni correttive e percorsi di miglioramento.

Le attività previste sono :

- ✓ **Ricevimento e accettazione dei reclami e delle segnalazioni;**
- ✓ **Modalità di gestione dell'istruttoria e delle risposte;**
- ✓ **Modalità di analisi delle segnalazioni pervenute;**
- ✓ **Responsabilità.**

Con la cadenza di due volte ogni anno, inoltre, viene somministrato alle famiglie e agli utenti un apposito questionario di valutazione della qualità dei servizi della Struttura i quali è possibile testare il gradimento relativo all'efficacia e alla qualità del servizio stesso ed eventuali suggerimenti, osservazioni, segnalazioni di disservizi o inadempienze, relative ai servizi erogati con il fine di migliorarne la qualità.

Fin'ora non sono emerse criticità attraverso questi strumenti.

Si rimanda alla **"Procedura per la gestione dei reclami e delle segnalazioni "**, predisposta da "Il Brigante S.n.c.", per completezza dell'argomento.

5.18. LA PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO ALLE CURE SANITARIE

L'evoluzione scientifica e i mutamenti sociali, culturali e di costume negli ultimi anni, hanno portato le persone assistite ad approcciarsi diversamente alla malattia. Questo, assieme al progressivo affermarsi del **diritto alla autodeterminazione**, richiede agli operatori sanitari la capacità di confrontarsi con persone sempre più aggiornate ed informate, sebbene non sempre in modo adeguato, rispetto al loro stato di salute e alle opzioni terapeutiche disponibili. Per questo motivo, il **trasferimento dell'informazione sulla salute** è divenuto uno dei compiti più impegnativi che il professionista sanitario si trova a fronteggiare.

Con il termine **Consenso Informato** si intende la consapevolezza acquisita, da parte della persona assistita, sul suo stato di salute e sull'assenso a sottoporsi a procedure diagnostiche e/o terapeutiche proposte dal medico. Rispecchia a livello legislativo il cambiamento culturale avvenuto nella nostra società in relazione al concetto di salute come bene primario dell'uomo.

In questa cornice, il Consenso informato rappresenta, pertanto, la sintesi tra due diritti fondamentali della persona : quello alla **autodeterminazione** e quello della **tutela della salute**. Se, infatti, è vero che occorre garantire alla persona assistita le cure ritenute più appropriate, lo stesso ha altresì il diritto a ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura ed ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché alle eventuali opzioni alternative.

Con la Legge 219/2017, "*Norme in materia di consenso informato e di disposizione anticipate di trattamento*" per la prima volta il Consenso Informato diviene parte della legislazione ordinaria in quanto viene definito alla base "*della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico*".

La Legge riconosce il diritto alla autodeterminazione della persona e promuove i valori dell'umanizzazione delle cure e la dignità della vita e delle fasi finali della stessa, stabilendo altresì che il tempo della comunicazione e il dialogo tra medico, professionisti sanitari e paziente costituisce, a tutti gli effetti, tempo di cura.

La Procedura predisposta dalla S.R.T.R.e. "Esserci" recepisce i dettami della Legge 219/2017 e tiene conto del "**Documento di indirizzo sul consenso informato**" del CRRC Regione Lazio del 25 gennaio 2022. Il Documento e la allegata modulistica sono stati sviluppati tenendo conto degli aspetti medico-legali riguardanti il processo di informazione ed acquisizione del consenso. A tal fine sono stati identificati punti qualificanti del processo di acquisizione del Consenso Informato, in relazione ai quali sono state sintetizzate raccomandazioni rivolte alle Strutture, nonché agli

esercenti delle professioni sanitarie che vi operano.

Il Documento definisce gli elementi minimi cogenti che la S.R.T.R.e. “ESSERCI” deve rispettare per adempiere a quanto previsto dalla normativa vigente per perseguire i seguenti obiettivi :

- ✓ Definire le modalità di informazione alla persona assistita. Garantire alla persona assistita informazioni relativamente al trattamento sanitario ritenuto per lui indicato e praticabile nello specifico contesto aziendale, per permettere alla stessa la più ampia riflessione circa l’opportunità o meno di sottoporsi al trattamento ed in quella sede.
- ✓ Definire le modalità di acquisizione del Consenso Informato Generale ai trattamenti sanitari .
- ✓ Definire le modalità di acquisizione del Consenso Informato ai trattamenti sanitari specifici.
- ✓ Definire una procedura unica Aziendale per il controllo del processo di gestione del consenso informato a cui tutte le Strutture devono attenersi, al fine di soddisfare quanto richiesto dalla vigente normativa e di tutelare gli interessi dei soggetti coinvolti nelle cure sanitarie.

Si rimanda alla **“Procedura sul consenso informato alle cure sanitarie”**, predisposto da “Il Brigante S.n.c.” in ottemperanza alla Legge 219/2017 e al Documento di indirizzo sul consenso informato del CRRC Regione Lazio, per completezza dell’argomento.

6. MAPPATURA DEL RISCHIO

ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI POSTE IN ESSERE	DOCUMENTI CONTENENTI GLI ADEMPIMENTI RICHIESTI
<p>Valutazione quotidiana generale dell'utente/paziente.</p> <p>Gestione della terapia farmacologica.</p> <p>Effettuazione di visite.</p>	<p>a. Raccomandazione n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica.</p> <p>b. Raccomandazione n. 11 sul malfunzionamento del sistema di trasporto.</p> <p>c. Raccomandazione n. 12 sui farmaci LASA (acronimo utilizzato per indicare i farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome nonché per il packaging).</p> <p>d. Raccomandazione n. 17 sulla riconciliazione farmacologica (è un processo che, partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, come risultanti dalla ricognizione, e quelli che dovrebbero essere somministrati al paziente nella particolare circostanza, consente di arrivare ad una decisione prescrittiva farmacologica corretta successivamente alla transizione di cura) .</p> <p>e. Raccomandazione n. 18 sull'uso di sigle e acronimi.</p> <p>f. Raccomandazione n. 19 sulla manipolazione di forme orali solide (per la corretta gestione della terapia farmacologica orale, nei casi in cui non sia possibile somministrarle integre e quanto le attività di allestimento non siano effettuate dalla farmacia. Per manipolazione si intende : la divisione di compresse; la triturazione, frantumazione, polverizzazione di compresse; l'apertura di capsule).</p>

	<p>g. Documento di indirizzo regionale sulla sicurezza della terapia farmacologica.</p> <p>h. Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita.</p>
<p>Soddisfacimento dei bisogni fondamentali dell'individuo compresa la gestione delle infezioni correlate all'assistenza.</p>	<p>a. Raccomandazione n. 13 sulla prevenzione della caduta del paziente.</p> <p>b. Piano Regionale sulla prevenzione delle cadute.</p> <p>c. Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.</p>
<p>Prevenzione degli effetti da disturbo del comportamento con azioni auto-etero-lesive.</p>	<p>a. Raccomandazione n. 4 sulla prevenzione del suicidio di paziente.</p> <p>b. Raccomandazione n. 8 sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.</p> <p>c. Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.</p>
<p>Prevenzione e gestione delle lesioni da pressione</p>	<p>CRRC Lazio – Documento di indirizzo per la prevenzione e gestione delle lesioni da pressione.</p>
<p>Consenso informato alle cure sanitarie</p>	<p>Legge n. 219/2017.</p> <p>CRRC Lazio – Documento di indirizzo sul consenso informato.</p>

7. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie, pubbliche e private, devono predisporre una *“relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria.”*

La S.R.T.R.e. "ESSERCI" ha sviluppato un programma per le segnalazioni di **near miss** (errore che ha la potenzialità di causare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito), **eventi avversi** (evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile) ed **eventi sentinella** (evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che comporta la morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti) dal 2019 ed istituito un Comitato per l'analisi degli eventi segnalati. La diffusione della cultura della sicurezza e la partecipazione del personale al programma di segnalazione di eventi avversi, near miss e criticità organizzative, che rappresentano un rischio per la sicurezza del paziente, è di fondamentale importanza per la implementazione di tutti i correttivi necessari per migliorare il sistema organizzativo e gestionale e garantire sicurezza delle cure.

7.1 EVENTI SEGNALATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

Eventi avversi per la Struttura S.R.T.R.e. "ESSERCI" nell'ultimo quinquennio.

TIPO DI EVENTO	ANNO	NUMERO DEGLI EVENTI	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUENTI (1)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
NEAR MISS errore che ha la potenzialità di causare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito	2020 2021 2022 2023 2024	0 0 0 0 1	<ul style="list-style-type: none"> • Strutturali (0%) • Tecnologici (0%) • Organizzativi (0%) • Procedure/ • Comunicazione (0%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione procedure. • Implementazione PARS. • Implementazione Piano di prevenzione della caduta del paziente. • Implementazione Piano di azione locale per l'igiene delle mani. • Implementazione Programma di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. • Formazione operatori. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi di reporting (0%) • Sinistri (0%) • Farmacovigilanza (0%) • ICA (0%) • Aggressioni (00%) • Cadute (100%)
EVENTI AVVERSI evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile	2020 2021 2022 2023 2024	0 0 0 0 0	<ul style="list-style-type: none"> • Strutturali (0%) • Tecnologici (0%) • Organizzativi (0%) • Procedure/ • Comunicazione (0%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione procedure. • Implementazione PARS. • Implementazione Piano di prevenzione della caduta del paziente. • Implementazione Piano di azione locale per l'igiene delle mani. • Implementazione Programma di 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi di reporting (0%) • Sinistri (0%) • Farmacovigilanza (0%) • ICA (0%) • Aggressioni (0%) • Cadute 0%)

				prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. • Formazione operatori.	
EVENTI SENTINELLA evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che comporta la morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN	2020 2021 2022 2023 2024	0 0 0 0 0	<ul style="list-style-type: none"> • Strutturali (0%) • Tecnologici (0%) • Organizzativi (0%) • Procedure/ • Comunicazione (0%) 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione procedure. • Implementazione PARS. • Implementazione Piano di prevenzione della caduta del paziente. • Piano di azione locale per l'igiene delle mani. • Programma di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. • Formazione operatori. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi di reporting (0%) • Sinistri (0%) • Farmacovigilanza (0%) • ICA (0%) • Aggressioni (0%) • Cadute 0%)

(1) I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.

Si rimanda al Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione della Regione Lazio n. G09850 del 20 luglio 2021.

7.2. SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI

NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

L'art. 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede che *"Le strutture sanitarie pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio"*.

Di seguito la tabella riassuntiva relativa ai sinistri occorsi nel quinquennio 2020/2024.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"			
ANNO	NUMERO SINISTRI APERTI (1)	NUMERO SINISTRI LIQUIDATI (1)	RISARCIMENTI EROGATI (1)
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
CONTENZIOSI IN ATTO		0	

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

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

8. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA (Scadenza)	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA
2020	Polizza n. 989447012	Generali Italia S.p.A.	€ 1.560,00	0
2021	Polizza n. 410220063	Generali Italia S.p.A.	€ 10.252,00	0
2022	Polizza n. 410220063	Generali Italia S.p.A.	€ 10.252,00	0
2023	Polizza n. 410220063	Generali Italia S.p.A.	€ 10.252,00	0
2024	Polizza n. 50 46032 FK	SARA Assicurazioni	€ 8.328,00	1.000,00 a cose

9. RESOCONTO DELLE SEGNALAZIONI DELL'ANNO 2024

Il resoconto delle segnalazioni dell'anno 2024 è il seguente :

- ☐ Segnalazioni relative a cadute di pazienti = n. 01
- ☐ Segnalazioni relative a criticità organizzativo/strutturali = n. 0
- ☐ Segnalazioni relative a carenza di personale = n. 0
- ☐ Segnalazioni relative a errata identificazione di paziente = n. 0
- ☐ Segnalazioni relative a decesso di paziente a causa di eventi indesiderati = n. 0
- ☐ Segnalazioni relative a presunto nesso di causalità tra atto medico/infermieristico ed evento indesiderato = n. 0
- ☐ Segnalazioni relative ad aggressioni verbali nei confronti di operatore sanitario = n. 0
- ☐ Segnalazioni relative ad aggressioni fisiche nei confronti di operatore sanitario = n. 0
- ☐ Segnalazioni relative ad allontanamento volontario di paziente = n. 0
- ☐ Segnalazioni relative a errore di terapia = n. 0
- ☐ Segnalazioni di eventi di scarsa rilevanza = n. 02
- ☐ Schede di ALERT-REPORT contenenti l'individuazione di azioni di miglioramento = 03

Nel corso dell'anno 2024 si è perseguita una politica di Gestione del rischio sanitario, per altro ricompresa all'interno della più ampia politica per la sicurezza aziendale, promuovendo l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure anche attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale.

10. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARS PRECEDENTE

Vengono di seguito riportate le attività svolte a livello aziendale nell'anno 2024 relativamente al Rischio Sanitario.

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE
<p style="text-align: center;">Attività' 1 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Il PARS 2024 verrà portato a conoscenza degli Amministratori dell'Ente e di tutti gli Operatori Sanitari della Struttura. <p>Presentazione nella Struttura a cura del Responsabile Sanitario.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Monitoraggio del PARS. ● Pubblicazione sul sito web aziendale. 	<p style="text-align: center;">SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Il PARS 2024 è stato presentato agli Amministratori della società per la approvazione ed adozione con Delibera e portato a conoscenza di tutti gli operatori sanitari della Struttura. Invio a mezzo mail 100%. ✓ Il PARS è stato presentato in ogni Struttura, a cura del Responsabile Sanitario. ✓ Il PARS è stato pubblicato sul sito web aziendale. ✓ Il Responsabile Sanitario ne ha monitorato la implementazione e l'attuazione.
<p style="text-align: center;">Attività' 2 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori sulle tematiche del Rischio Sanitario e della sicurezza dei pazienti, anche per quanto concerne il monitoraggio e la prevenzione delle ICA. 	<p style="text-align: center;">SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono state svolte iniziative di informazione e formazione degli Operatori sulle tematiche del Rischio Sanitario anche per quanto concerne il monitoraggio e la prevenzione delle ICA.

<p>Sarà svolto un corso di formazione sul Rischio Sanitario, obbligatorio per tutti gli Operatori.</p>		
<p style="text-align: center;">Attività' 3 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori Sanitari mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA, anche con riguardo alla prevenzione e controllo dell'infezione Covid-19. ● Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sul monitoraggio del corretto e frequente lavaggio delle mani da parte degli Operatori sanitari per la prevenzione delle ICA. ● Sarà svolto un corso di formazione sulle ICA, obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. 	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sono state svolte iniziative di informazione e formazione degli Operatori sulle tematiche della prevenzione delle ICA. ✓ Gli operatori sono stati informati delle procedure definite all'interno della Struttura e formati sulle modalità di accesso e di gestione degli utenti e delle famiglie. ✓ 05.05.2024 - Giornata di Formazione relativa alla corretta e frequente igiene delle mani (informazioni sulle principali infezioni, tempi di esposizione e di sanificazione, applicazione misure di igiene, prodotti utilizzabili, tempistiche e modalità pratiche, strumenti, materiali utilizzati per l'igiene, metodi di utilizzo degli stessi).
<p style="text-align: center;">Attività' 4 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Riunione di equipe clinica settimanale. 	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si sono regolarmente svolte le riunioni di equipe clinica, con cadenza settimanale. <p>Nel corso di tali riunioni settimanali si è tenuto conto anche dei fattori di rischio associati alle I.C.A. e, in particolare, all'igiene delle mani.</p>
<p style="text-align: center;">Attività' 5 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori sulle tematiche dell'uso degli antibiotici. 	<p>SI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nel corso dell'anno 2024 si sono tenute le riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici. Tali riunioni, per l'attività svolta nella Struttura e l'esigua prescrizione degli antibiotici, non hanno evidenziato

		<p>particolari problematiche.</p> <p>Il monitoraggio del consumo di antibiotici attraverso le cartelle cliniche e una verifica specifica ha mostrato la costante riduzione dell'uso degli stessi.</p>
<p>OBIETTIVO B)</p> <p>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.</p>		
<p>Attività' 1</p> <p>PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Per garantire la prevenzione, il contenimento e la gestione del rischio da infezione CoV-SARS-2, si procederà sulla linea degli anni precedenti, nel rispetto di tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale. ● Attività di verifica delle procedure avviate per la gestione del rischio da infezione. ● Implementazione delle procedure per il rispetto delle Raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti e operatori. ● Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit. 	SI	<p>✓ Nel 2024 è stata monitorata l'applicazione delle procedure per la prevenzione del contagio Covid-19 nel rispetto delle raccomandazioni ministeriali e della normativa nazionale e regionale per la sicurezza degli utenti e del personale.</p> <p>✓ Si sono regolarmente tenute le riunioni settimanali dell'equipe clinica. Nel corso di queste riunioni si è tenuto conto anche dei fattori di rischio associati alle ICA.</p>
<p>Attività' 2</p> <p>PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Implementazione delle procedure per il rispetto delle Raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti e operatori. 	SI	<p>✓ Sono state monitorate le procedure del <i>“Programma di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”</i> e del <i>“Piano di prevenzione e gestione della caduta del paziente”</i>.</p>

<p style="text-align: center;">Attività' 3 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti della Struttura. 	<p>SI</p>	<p>✓ E' stata svolta la consueta attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti della Struttura.</p>
<p style="text-align: center;">Attività' 4 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza). ● Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto. ● Sicurezza farmaci : Report analisi delle eventuali difformità riscontrate nel corso di attività ispettive. ● Applicazione del “Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica” elaborato dalla Regione Lazio. ● Applicazione della Raccomandazione n. 7 Ministero Salute sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica. ● Applicazione della Raccomandazione n. 12 Ministero Salute sui farmaci LASA. ● Applicazione della Raccomandazione n. 17 Ministero Salute sulla riconciliazione farmacologica. ● Applicazione della Raccomandazione n. 18 Ministero Salute sull'uso di sigle e acronimi. ● Applicazione della Raccomandazione n. 19 Ministero Salute sulla manipolazione di forme orali solide. 	<p>SI</p>	<p>✓ Sono state verificate n. 06 procedure per la gestione del farmaco. Il risultato dell'accertamento è stato più che soddisfacente.</p> <p>✓ E' stato applicato il “Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica” elaborato dalla Regione Lazio e si tiene conto della Raccomandazione n. 7 del Ministero della Salute sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica.</p> <p>✓ Si è preso atto delle altre Raccomandazioni ministeriali riguardanti i farmaci.</p>
<p style="text-align: center;">Attività' 5 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Attività di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management : saranno 	<p>SI</p>	<p>✓ Sono state esaminate n. 06 cartelle cliniche relative all'anno 2023 sotto il profilo della completezza, precisione,</p>

<p>esaminare cartelle cliniche dell'anno 2023 utilizzando una check list ad hoc.</p> <p>A tale scopo si farà riferimento al Progetto Regionale <i>“La valutazione della Qualità della cartella clinica come strumento di Risk Management”</i>.</p> <p>Verranno analizzati i seguenti requisiti : completezza, precisione, aggiornamento, chiarezza, intelligibilità e tracciabilità con parametrizzazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.</p>		<p>chiarezza, aggiornamento.</p> <p>L'esame non ha evidenziato problematiche legate al rischio clinico e, pertanto, il risultato è stato parametrato come più che sufficiente, con punteggio a 90.</p>
<p style="text-align: center;">Attività' 6 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cadute : Piano di Prevenzione e Gestione della caduta del paziente - Raccomandazione n. 13 Ministero Salute sulla prevenzione delle cadute. ● Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure. 	<p>SI</p>	<p>✓ E' stato predisposto il <i>“Piano di prevenzione e gestione della caduta del paziente”</i>, completo di allegati.</p> <p>Il Documento è stato portato a conoscenza di tutto il personale sanitario.</p> <p>Gli operatori sono stati informati e formati sulla compilazione della <i>“Scheda di valutazione del rischio caduta”</i> e della <i>“Scheda di segnalazione della caduta”</i>.</p>
<p style="text-align: center;">Attività' 7 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Applicazione delle procedure sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. ● Applicazione della Raccomandazione n. 08 Ministero Salute sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori. ● Applicazione del Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. ● Attività di verifica della corretta conoscenza e 	<p>SI</p>	<p>✓ E' stato predisposto il <i>“Programma di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”</i> completo di allegati.</p> <p>✓ Il Documento è stato portato a conoscenza di tutto il personale sanitario.</p> <p>✓ Sono state eseguite prove teoriche sulle procedure in caso di aggressione.</p>

applicazione delle procedure.		
<p style="text-align: center;">Attività' 8 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Adozione di una Procedura aziendale per la gestione dei reclami e delle segnalazioni. ● Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle Procedura. 	SI	<p>✓ E' stata predisposta e portata a conoscenza del personale una apposita Procedura aziendale per la gestione dei reclami e delle segnalazioni che risulterà utile anche per verificare l' adeguatezza dei servizi offerti e per sviluppare consapevolezza delle problematiche che possono richiedere interventi correttivi di miglioramento in quanto i reclami e suggerimenti rappresentano precisi indicatori del giudizio dell'utente sulla qualità dei servizi e permettono l'individuazione di aspetti critici in ambito professionale, relazionale ed organizzativo, sui quali attivare azioni correttive e percorsi di miglioramento.</p>
<p style="text-align: center;">OBIETTIVO C) Implementazione del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.</p>		
<p style="text-align: center;">Attività' 1 PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Verifica della applicazione delle procedure e attività previste dal Piano di Azione Locale sull'igiene delle mani. ● Monitoraggio dello stato di avanzamento. ● Attività degli osservatori. ● Progettazione ed esecuzione di sessioni di "osservazione" degli operatori mirate al monitoraggio del corretto lavaggio delle mani per la prevenzione delle ICA. ● Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sull'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari per la 	SI	<p>✓ Alla luce del Documento predisposto dal CRRC "<i>Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani</i>" è stato redatto ed implementato il "<i>Piano di azione locale per l'Igiene delle mani</i>" completo di allegati, con l'obiettivo di consentire alla Struttura Sanitaria di governare efficacemente il problema delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) dovute alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani.</p> <p>✓ Il Documento e sue Revisioni sono stati portati a conoscenza di tutto il</p>

<p>prevenzione delle ICA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Attività di verifica delle procedure avviate attraverso report degli osservatori nominati. ● Attività di verifica della corretta compilazione della Scheda di Osservazione da parte degli operatori. ● Attività di verifica della implementazione della comunicazione permanente sull'igiene delle mani. ● Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani e dei dispenser. 	<p>personale sanitario.</p> <p>✓ Sono stati individuati, nominati e formati gli osservatori e si sono tenute n. 02 sessioni di “osservazione” degli operatori sul corretto lavaggio delle mani .</p> <p>Pertanto, nell’anno 2024 è stato effettuato il monitoraggio della corretta pratica dell’igiene delle mani attraverso l’osservazione diretta.</p> <p>Dai risultati del monitoraggio, l’Azienda ha ricavato informazioni utili per migliorare la pratica dell’igiene delle mani, ha valutato la percezione della sua importanza nella riduzione delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e il grado di conoscenza dei cinque momenti dell’igiene delle mani tra gli operatori sanitari, nonché identificato le eventuali criticità per attuare azioni di miglioramento.</p> <p>L’osservazione è stata strutturata in modo che fosse rappresentativa delle categorie professionali da monitorare.</p> <p>✓ E’ stata predisposta ed utilizzata la “Scheda Osservazione”.</p> <p>✓ E’ stato predisposto e utilizzato il materiale per la comunicazione permanente.</p> <p>Il consumo di soluzioni disinfettanti idroalcoliche è aumentato nel corso dell’anno 2024 del 10%.</p> <p>✓ Sono state applicate le procedure ed effettuata formazione.</p> <p>Al 31.12.2024 la S.R.T.R.e. “ESSERCI”,</p>
--	---

		per quanto concerne l'igiene delle mani, ha raggiunto il livello INTERMEDIO.
OBIETTIVO D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA.		
Attività' 1 PROGRAMMATA <ul style="list-style-type: none"> ● Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani. ● Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso dei disinfettanti e della corretta igiene delle mani. ● Attività di verifica delle procedure avviate. 	SI	<p>✓ Il consumo di soluzioni disinfettanti è aumentato nel corso dell'anno 2024 del 10%.</p> <p>Sono stati installati nuovi dispenser di soluzione disinfettante.</p> <p>Le procedure di approvvigionamento, distribuzione e gestione dei disinfettanti, a seguito di verifica del CC-ICA, non hanno registrato anomalie e/o particolari problematiche.</p> <p>Dal 2019 è stata disponibile presso la Struttura la soluzione in gel che ha il vantaggio di essere dosata in maniera più precisa con minori sprechi pur mantenendo la stessa efficacia disinfettante.</p> <p>Sono state applicate le procedure ed effettuata formazione igiene delle mani alla luce del Documento predisposto dal CRRC nel 2021 <i>"Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani"</i>.</p>
Attività' 2 PROGRAMMATA <ul style="list-style-type: none"> ● Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli operatori sulle tematiche dell'uso degli antibiotici. 	SI	<p>✓ Nel corso dell'anno 2024 si sono tenute le riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici.</p> <p>Tali riunioni, per l'attività svolta nella</p>

<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoraggio del consumo di antibiotici e miglioramento della appropriatezza prescrittiva. ● Sviluppo di programmi di buon uso degli antibiotici attraverso l'individuazione di un referente esperto a supporto del CC-ICA, anche avvalendosi, ove necessario, delle strutture della rete delle malattie infettive regionali. 		<p>Struttura e l'esigua prescrizione degli antibiotici, non hanno evidenziato particolari problematiche.</p> <p>Il monitoraggio del consumo di antibiotici attraverso le cartelle cliniche e una verifica specifica ha mostrato la costante riduzione dell'uso degli stessi.</p>
<p>Attività' 3</p> <p>PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valutazione dell'efficacia del processo di pulizia e sanificazione degli ambienti e delle superfici. 	SI	<p>✓ Periodicamente, il CC-ICA ha verificato, con ispezioni dedicate, l'efficacia delle pulizie e dei prodotti impiegati.</p> <p>Non sono state riscontrate criticità.</p>
<p>Attività' 4</p> <p>PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Valutazione efficacia procedura gestione della biancheria. 	SI	<p>✓ Periodicamente, il CC-ICA, con ispezioni dedicate, ha verificato la corretta applicazione della procedura di gestione della biancheria.</p> <p>Non sono state riscontrate criticità.</p>
<p>OBIETTIVO E)</p> <p>Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle Strutture.</p>		
<p>Attività' 1</p> <p>PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti. ● Attività del Tavolo permanente istituito per la Sicurezza sanitaria aziendale. 	SI	<p>✓ Sono pervenute n° 03 (tre) schede di ALERT-REPORT, contenenti l'individuazione e l'attivazione di azioni di miglioramento, scaturite dall'attività di Equipe Clinica, riguardanti tuttavia eventi di scarsa gravità che hanno prodotto azioni di miglioramento.</p> <p>L'Unità di Gestione del Rischio Sanitario ha realizzato, presso le Strutture, una costante attività di monitoraggio e implementazione delle</p>

		<p>Raccomandazioni Ministeriali.</p> <p>Sono state svolte con regolarità le riunioni di equipe clinica settimanali e mensili.</p>
<p>Attività' 2</p> <p>PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Informazione e sensibilizzazione degli utenti. <p>In fase di ingresso nella Struttura l'utente verrà informato sulla necessità di tenere una condotta improntata alla prevenzione delle infezioni, richiedendo, in particolare, frequenti lavaggi delle mani con l'impiego di appositi saponi e gel idroalcolico messi a disposizione dall'azienda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilizzazione degli utenti anche per quanto riguarda il rischio caduta. 	SI	<p>✓ In fase di ingresso nella Struttura gli utenti sono stati informati sulla necessità di tenere una condotta improntata alla prevenzione delle infezioni, richiedendo, in particolare, frequenti lavaggi delle mani con l'impiego di appositi saponi e gel idroalcolico messi a disposizione dall'azienda.</p> <p>Gli utenti sono sensibilizzati anche riguardo al rischio di caduta sia fornendo apposito materiale informativo viene messo a disposizione dell'utente al momento dell'ingresso nella Struttura sia periodicamente attraverso il personale.</p>
<p>OBIETTIVO F)</p> <p>Garantire la partecipazione alle attività in tema di Rischio Sanitario</p>		
<p>Attività' 1</p> <p>PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La Direzione aziendale assicurerà la partecipazione a incontri, corsi, seminari, convegni, tavoli regionali, sul Rischio Sanitario, anche i video conferenza. ● Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Sanitario. 	SI	<p>✓ Ricezione delle notifiche, da parte del CRRC, in relazione a comunicazioni o confronti.</p>

<p style="text-align: center;">Attività' 2</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di Documenti regionali o nazionali sul Rischio Sanitario da diffondere a tutti gli operatori. 	<p>SI</p>	<p>✓ Sono state redatte le Procedure Aziendali ed individuato il soggetti per la elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di Documenti regionali o nazionali sul Rischio Sanitario da diffondere a tutti gli operatori.</p>
--	------------------	---

11. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità :

1. Quella della **Responsabile Sanitario** che redige e promuove lo stesso tenendo nel debito conto le Linee Guida Regionali ed Aziendali in materia di Rischio Sanitario e ne monitorizza l'implementazione, ad eccezione della parte relativa al Rischio Infettivo che è a cura del CC-ICA.

Il Responsabile Sanitario invia il PARS al CRRC.

2. Quella del **Presidente del CC-ICA** che redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo.

3. Quella del **Responsabile Amministrativo** che redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa.

4. Quella della **Direzione Aziendale/Proprietà della Struttura** che si impegna ad adottarlo con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del Documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna, inoltre, a fornire alla organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività previste dal Piano.

È bene sottolineare che in questa sezione non si elencano le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Di seguito la matrice delle responsabilità.

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

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

AZIONE	DIREZIONE SANITARIA	CC-ICA	DIREZIONE AZIENDALE	STRUTTURE AMMINISTRATIVE E TECNICHE DI SUPPORTO
REDAZIONE DEL PARS E PROPOSTA DI DELIBERA	R	C	C	C
REDAZIONE DEL PUNTO 2	C	R	-	-
REDAZIONE DEL PUNTO 3	I	I	I	R
APPROVAZIONE E ADOZIONE DEL PARS CON DELIBERA	I	I	R	-
DIFFUSIONE DEL PARS	R	C	C	C
MONITORAGGIO DEL PARS	R	C	I	-
PUBBLICAZIONE DEL PARS SUL SITO WEB	I	I	R	C
INVIO DEL PARS AL CRRC NEI TERMINI	R	-	C	-

12. OBIETTIVI E ATTIVITA'2025

12.1. OBIETTIVI

La stesura del PARS e la sua effettiva applicazione, la partecipazione attiva degli Operatori, la comunicazione tra i diversi soggetti aziendali, contribuisce alla formazione della cultura della sicurezza delle cure per il contenimento degli eventi avversi e al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate.

Gli interventi e le azioni proposte, parte integrante e sostanziale del Piano, hanno la finalità di portare in evidenza e analizzare la rischiosità intrinseca a processi o pratiche terapeutiche e assistenziali, affinché, con il concorso di tutti gli operatori si possano adottare gli opportuni correttivi, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate.

Il PARS si propone, quindi, di ridurre la possibilità di errori da parte degli operatori sanitari e si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di Linee Guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

La Direzione Sanitaria rappresenta un facilitatore del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze della Direzione Aziendale e la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali, comprendendo nel termine "gestione" anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza sull'erogazione delle prestazioni. Rispetto a tali soggetti, la Direzione Sanitaria coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio partendo però dall'assunto che ogni singolo operatore ricopre un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e nel successo degli interventi di gestione del Rischio Sanitario.

Il PARS fornisce alla Direzione Aziendale un supporto indispensabile per intervenire nella macchina organizzativa aziendale basandosi su dati certi, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa. La struttura aziendale, per quanto di competenza, collabora con la Direzione Sanitaria per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARS e la riuscita degli interventi in questo proposti.

Pertanto, nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARS ed in coerenza con la *mission* dell'ente è stata identificata, per l'anno 2025, la implementazione dei seguenti obiettivi strategici :

- 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) Attuazione continua del Piano di Azione Locale sull'igiene delle mani che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità della Struttura Sanitaria, ha individuato le attività per raggiungere gli obiettivi definiti nel Piano e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.**
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA.**
- E) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.**
- F) Partecipare alle attività regionali sul Rischio Sanitario.**

12.2 ATTIVITA' 2025

Il Piano delle attività che sono previste per l'anno 2025 è in linea con quanto intrapreso nel corso degli anni precedenti, dando continuità ai percorsi di gestione strategica e alla operatività delle linee di attività già precedentemente messe in atto.

Tale modello, oltre a svolgere attività di analisi, monitoraggio e controllo di quanto oggetto di AUDIT terrà presente, come già precedentemente indicato, quegli elementi di criticità relativi alla "comunicazione" sia tra gli operatori che verso l'utente/paziente, con la convinzione che un buon processo di comunicazione è elemento fondamentale per mitigare reazioni avverse e possibili contenziosi.

Di seguito si individuano le diverse linee di attività, in riferimento ai singoli obiettivi declinati secondo le peculiarità e le necessità dell'Azienda.

Legenda : M = Mandatorie FR = Fortemente raccomandate

OBIETTIVO A)	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.
ATTIVITA' 1 M	<ul style="list-style-type: none">● Il PARS 2025 verrà portato a conoscenza degli Amministratori dell'Ente e di tutti gli Operatori Sanitari.● Presentazione nella Struttura a cura del Responsabile Sanitario.● Pubblicazione sul sito web aziendale.● Monitoraggio del PARS.● Progettazione audit.● Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori sulle tematiche del Rischio Sanitario e della sicurezza dei pazienti, anche per quanto concerne il monitoraggio e la prevenzione delle ICA.● Sarà svolto un corso di formazione sul Rischio Sanitario obbligatorio per tutti gli operatori sanitari.
ATTIVITA' 2 M	<ul style="list-style-type: none">● Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori sulle tematiche del Rischio Sanitario e

	<p>della sicurezza dei pazienti, anche per quanto concerne il monitoraggio e la prevenzione delle ICA.</p> <p>Sarà svolto un corso di formazione sul Rischio Sanitario, obbligatorio per tutti gli Operatori Sanitari.</p> <p>Sarà data ampia informazione agli operatori sanitari sulle Lesioni da Pressione.</p>
ATTIVITA' 3 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori Sanitari mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA, anche con riguardo alla prevenzione e controllo dell'infezione Covid-19 . ● Sarà svolto un corso di formazione sulle ICA, obbligatorio per tutti gli operatori sanitari.
ATTIVITA' 4 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Riunione di equipe clinica settimanale.
ATTIVITA' 6 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.
OBIETTIVO B)	<p>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.</p>
ATTIVITA' 1 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Per garantire la prevenzione, il contenimento e la gestione del rischio da infezione Covid-19, si procederà sulla linea degli anni precedenti, nel rispetto di tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale. ● Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit. ● Attività di verifica delle procedure avviate.
ATTIVITA' 2 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Implementazione delle procedure per il rispetto delle Raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti e operatori.
ATTIVITA' 3 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti della Struttura.

ATTIVITA' 4 FR	<ul style="list-style-type: none"> ● Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza). Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto. ● Sicurezza farmaci : Report analisi delle eventuali difformità riscontrate nel corso di attività ispettive. ● Applicazione del <i>“Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica”</i> elaborato dalla Regione Lazio. ● Implementazione della Raccomandazione n. 7 Ministero Salute sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica. ● Implementazione della Raccomandazione n. 12 Ministero Salute sui farmaci LASA. ● Implementazione della Raccomandazione n. 17 Ministero Salute sulla riconciliazione farmacologica. ● Implementazione della Raccomandazione n. 18 Ministero Salute sull'uso di sigle e acronimi. ● Implementazione della Raccomandazione n. 19 Ministero Salute sulla manipolazione di forme orali solide.
ATTIVITA' 5 FR	<ul style="list-style-type: none"> ● Attività di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management : saranno esaminate cartelle cliniche dell'anno 2024 utilizzando una chek list ad hoc. <p>A tale scopo si farà riferimento al Progetto Regionale <i>“La valutazione della Qualità della cartella clinica come strumento di Risk Management”</i>.</p> <p>Verranno analizzati i seguenti requisiti : completezza, precisione, aggiornamento, chiarezza, intelligibilità e tracciabilità con parametrizzazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.</p>
ATTIVITA' 6 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Cadute : Piano di Prevenzione e Gestione della caduta del paziente. <p>Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure.</p>
ATTIVITA' 7 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Atti di violenza a danno degli operatori sanitari. <p>Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure.</p>
ATTIVITA' 8 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Procedura aziendale per la gestione dei reclami e delle segnalazioni.

	Attività di verifica della corretta conoscenza e applicazione delle procedure.
OBIETTIVO C)	Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.
ATTIVITA' 1 M	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica della applicazione delle procedure e attività previste dal Piano di Azione Locale sull'igiene delle mani per raggiungere il Livello "AVANZATO" in tutto gli ambiti considerati e assicurarne il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi. • Monitoraggio dello stato di avanzamento. • Attività degli Osservatori. • Progettazione ed esecuzione di sessioni di "osservazione" degli operatori sanitari mirate al monitoraggio del corretto lavaggio delle mani per la prevenzione delle ICA. • Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sull'igiene delle mani da parte degli Operatori sanitari per la prevenzione delle ICA . • Attività di verifica delle procedure avviate attraverso report degli osservatori nominati. • Attività di verifica della corretta compilazione della Scheda di Osservazione da parte degli operatori. • Attività di verifica della implementazione della comunicazione permanente sull'igiene delle mani. • Implementazione del sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani e dei dispenser.
OBIETTIVO D)	Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA.
ATTIVITA' 1 M	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani. • Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso dei disinfettanti e della corretta igiene delle mani. • Attività di verifica delle procedure avviate.
ATTIVITA' 2 M	<ul style="list-style-type: none"> • Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori sulle tematiche dell'uso degli antibiotici.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Monitoraggio del consumo di antibiotici e miglioramento della appropriatezza prescrittiva. ● Sviluppo di programmi di buon uso degli antibiotici attraverso un referente esperto a supporto del CC-ICA.
ATTIVITA' 3 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Valutazione dell'efficacia del processo di pulizia e sanificazione degli ambienti e delle superfici.
ATTIVITA' 4 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Valutazione efficacia procedura gestione della biancheria.
ATTIVITA' 5 FR	<ul style="list-style-type: none"> ● Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA.
OBIETTIVO E)	Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e della Struttura.
ATTIVITA' 1 FR	<ul style="list-style-type: none"> ● Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti.
ATTIVITA' 2 FR	<ul style="list-style-type: none"> ● Informazione e sensibilizzazione degli utenti. <p>In fase di ingresso nella Struttura l'utente verrà informato sulla necessità di tenere una condotta improntata alla prevenzione delle infezioni, richiedendo, in particolare, frequenti lavaggi delle mani con l'impiego di appositi saponi e gel idroalcolico messi a disposizione dall'azienda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sensibilizzazione degli utenti anche per quanto riguarda il rischio caduta.
OBIETTIVO F)	Garantire la partecipazione alle attività in tema di Rischio Sanitario
ATTIVITA' 1 M	<ul style="list-style-type: none"> ● La Direzione aziendale assicurerà la partecipazione a incontri, corsi, seminari, convegni, tavoli regionali, sul Rischio Sanitario, anche i video conferenza. ● Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Sanitario.
ATTIVITA' 2 M	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di Documenti regionali o nazionali sul Rischio Sanitario da diffondere a tutti gli operatori.

13. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Le attività previste ed elencate per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti rispondono agli obiettivi relativi al Rischio Sanitario che la Regione Lazio ha definito nel 2022 (Determinazione n. G00643 del 25.01.2022) nello specifico allegato *“Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”*.

Per ogni attività è definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l’indicatore non potrà che essere del tipo **SI/NO**, mentre in altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare **una percentuale da raggiungere**.

Sono indicati standard realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

LE TABELLE SEGUENTI RIPORTANO IN SINTESI LE ATTIVITA' PREVISTE NEL 2024 E LA MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Legenda : R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

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

	ATTIVITA' 1 COMUNICAZIONE DEL PARS 2025 AGLI AMMINISTRATORI PER L'APPROVAZIONE ED ADOZIONE. Indicatore : Invio a mezzo mail. Standard = SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Struttura Amministrativa	
	R		C	

	ATTIVITA' 2 PUBBLICAZIONE DEL PARS 2025 SUL SITO INTERNET AZIENDALE . Indicatore : Invio a mezzo mail. Standard = SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Struttura Amministrativa	
	R	C	C	

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

	ATTIVITA' 3 DIFFUSIONE DEL PARS 2025 A TUTTI GLI OPERATORI SANITARI. Indicatore : Invio a mezzo mail personale, presentazione nella Struttura a cura del Responsabile Sanitario, pubblicazione sul sito web aziendale. Standard = 100%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Struttura Amministrativa	
	R	C	C	

	ATTIVITA' 4 MONITORAGGIO PARS 2024			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale		
	R	C		

	ATTIVITA' 5 ORGANIZZAZIONE DI ATTIVITA' DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SULLE TEMATICHE DEL RISCHIO SANITARIO E SULLA SICUREZZA DEI PAZIENTI, ANCHE PER QUANTO RIGUARDA IL MONITORAGGIO E LA PREVENZIONE DELLE ICA E LE LESIONI DA PRESSIONE. INDICATORE : Riunioni con frequenza trimestrale. Standard ≥ 3 riunioni/anno.			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Ufficio Formazione e corpo docente	
	R	C	C	

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

	ATTIVITA' 6 PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO SUL RISCHIO SANITARIO – entro il 31.12.2025. Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. INDICATORE : Esecuzione del corso entro il 31/12/2025. Partecipazione al Corso : Standard ≥ 75%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	CC-ICA	Ufficio Formazione Corpo Docente
Progettazione del Corso	R	C	C	C
Eventuale accreditamento	I	R	I	I
Organizzazione del Corso	C	C	C	R
Esecuzione del corso	C	C	C	R
Documentazione evento	I	R	I	R

	ATTIVITA' 7 PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI UN CORSO SULLE ICA, entro il 31.12.2025. Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. INDICATORE : Esecuzione del corso entro il 31/12/2025. Partecipazione al Corso : Standard ≥ 75%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	CC-ICA	Ufficio Formazione Corpo Docente
Progettazione del Corso	R	C	C	C
Eventuale accreditamento	I	R	I	I
Organizzazione del Corso	C	C	C	R
Esecuzione del corso	C	C	C	R
Documentazione evento	I	R	I	R

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

	ATTIVITA' 8 RIUNIONE DI EQUIPE SETTIMANALE. OBBLIGATORIA PER GLI OPERATORI CHE NE FANNO PARTE. La riunione di equipe clinica settimanale sarà focalizzata anche sui fattori di rischio associati alle ICA e sulle Lesioni da Pressione. Indicatore : Partecipazione alle riunioni. Standard ≥ 45 riunioni/anno. Partecipazione : Standard $\geq 70\%$			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale		
	R	C		

	ATTIVITA' 9 ORGANIZZAZIONE DI ATTIVITA' DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE DEL PERSONALE MEDICO E INFERMIERISTICO SULL'USO DEGLI ANTIBIOTICI. INDICATORE : Riunioni con frequenza trimestrale. Partecipazione: Standard $\geq 75\%$			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	CC-ICA	Ufficio Formazione Corpo Docente
	C	C	R	C

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

	ATTIVITA' 1 PROCEDURE E RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE E IL CONTENIMENTO DEL CONTAGIO DA SARS-CoV-2. Attività di verifica sulle procedure avviate. Indicatore : Riunioni ≥ 4/anno Standard = Partecipazione $\geq 75\%$			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Medico competente RSPP Responsab. Personale	Operatori sanitari
VERIFICA APPLICAZIONE	R	C	C	C

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

	ATTIVITA' 2 IMPLEMENTAZIONE E VERIFICA DELLE PROCEDURE PER IL RISPETTO DELLERACCOMANDAZIONI MINISTERIALI PER LA SICUREZZA DEGLI UTENTI E DEGLI OPERATORI. Attività di verifica e implementazione sulle procedure avviate. Indicatore : Riunioni ≥ 4/anno Standard = Partecipazione ≥ 75%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	CC-ICA MEDICO DEL LAVORO RSPP	OPERATORI SANITARI
STESURA/IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE	R	C	C	C
VALIDAZIONE DELLE PROCEDURE	R	C	C	I
APPROVAZIONE DELLE PROCEDURE	I	R	I	I
INFORMAZIONE FORMAZIONE	C	R	C	C
VERIFICA APPLICAZIONE	R	C	C	C

	ATTIVITA' 3 ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITA' PERCEPITA DA PARTE DEGLI UTENTI Indicatore : Valutazione questionari, reclami, segnalazioni Standard = ≥ 02/anno			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Responsabile Personale	Operatori sanitari
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	C
ANALISI	R	C	C	C
CORRETTIVI	R	C	C	C

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

	ATTIVITA' 4 PROGRAMMA FARMACI (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza, ecc.). Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto. INDICATORE : Numero di utenti/pazienti da verificare. Standard per singola verifica ≥ 05			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Personale Sanitario	
PROGETTAZIONE PROGRAMMA	R	C	C	
ESECUZIONE	R	C	C	
REPORT	R	C	I	

	ATTIVITA' 5 PROGRAMMA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA CARTELLA CLINICA COME STRUMENTO DI RISK MANAGEMENT. INDICATORE : Numero di cartelle da verificare. Standard ≥ 05 Valutazione qualità : sufficienza ≥ 60		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Personale Sanitario
PROGETTAZIONE PROGRAMMA	R	C	C
ESECUZIONE	R	C	C
REPORT	R	C	C

	ATTIVITA' 6 PREVENZIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI. ATTIVITA' DI VERIFICA DELLA CORRETTA CONOSCENZA E APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Responsabile Gruppo di Lavoro	Gruppo
RIUNIONI DEL GRUPPO	C	R	C	I
PARTECIPAZIONE AI LAVORI	C	C	R	C
REPORT	I	I	R	I

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

	ATTIVITA' 7 PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI ATTIVITA' DI VERIFICA DELLA CORRETTA CONOSCENZA E APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE ATTRAVERSO L'ATTIVITA' DEL GRUPPO DI LAVORO ISTITUITO. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	Responsabile Gruppo di Lavoro	Gruppo
RIUNIONI DEL GRUPPO	C	R	C	I
PARTECIPAZIONE AI LAVORI	C	C	R	C
REPORT	I	I	R	I

	ATTIVITA' 8 LESIONI DA PRESSIONE. ATTIVITA' DI VERIFICA DELLA CORRETTA CONOSCENZA E APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale		
VERIFICA	C	R		
PARTECIPAZIONE AI LAVORI	C	R		

	ATTIVITA' 9 GESTIONE RECLAMI E SEGNALAZIONI. ATTIVITA' DI VERIFICA DELLA CORRETTA CONOSCENZA E APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale		
VERIFICA	C	R		
PARTECIPAZIONE AI LAVORI	C	R		

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

OBIETTIVO C)	PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI.
---------------------	--

	ATTIVITA' 1 ATTIVITA' DI VERIFICA SULLE PROCEDURE AVVIATE PREVISTE DAL PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI. Verifica delle procedure del Piano di Azione Locale per l'igiene delle mani che, sulla base dei contenuti del Documento predisposto dal CCRC nel 2021 "Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani", permetta di raggiungere, per tutti gli ambiti considerati, il livello "AVANZATO" e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Direzione Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
ESECUZIONE PROGRAMMA	C	C	R	C
VERIFICHE PROGRAMMA	R	I	C	C
REPORT	C	I	C	I

	ATTIVITA' 2 MONITORAGGIO DELLO STATO DI MANTENIMENTO. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Direzione Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
MONITORAGGIO	C	C	R	C

	ATTIVITA' 3 ATTIVITA' OSSERVATORI. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Direzione Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
MONITORAGGIO	C	C	R	C

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

	ATTIVITA' 4 PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI SESSIONI DI "OSSERVAZIONE" DEGLI OPERATORI SANITARI MIRATE AL MONITORAGGIO DEL CORRETTO LAVAGGIO DELLE MANI PER LA PREVENZIONE DELLE ICA. INDICATORE : Riunioni con frequenza trimestrale. Partecipazione: Standard \geq 75%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Direzione Sanitaria	Ufficio formazione Corpo docente	
	R	C	C	

	ATTIVITA' 5 ORGANIZZAZIONE DI ATTIVITA' DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SULL'IGIENE DELLE MANI PER LA PREVENZIONE DELLE ICA. INDICATORE : Riunioni con frequenza trimestrale. Partecipazione: Standard \geq 75%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	CC-ICA	Direzione Sanitaria	Vertice Aziendale	Ufficio formazione Corpo docente
	C	R	C	C

	ATTIVITA' 6 OSSERVAZIONE DEL CORRETTO LAVAGGIO DELLE MANI INDICATORE : Numero di osservazioni effettuate Standard \geq 20/anno			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Vertice Aziendale	Direzione Sanitaria	
MONITORAGGIO	R	C	C	

	ATTIVITA' 7 VERIFICA DELLA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI OSSERVAZIONE DA PARTE DEGLI OSSERVATORI. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Vertice Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
VERIFICA	C	C	C	R

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

	ATTIVITA' 8 VERIFICA DELLA IMPLEMENTAZIONE DELLA COMUNICAZIONE PERMANENTE SULL'IGIENE DELLE MANI. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Vertice Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
VERIFICA	C	C	R	C

	ATTIVITA' 9 IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI PRODOTTI PER L'IGIENE DELLE MANI . INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Vertice Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
VERIFICA	C	C	R	C

OBIETTIVO D)	PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA.			
---------------------	--	--	--	--

	ATTIVITA' 1 MONITORAGGIO EPIDEMIOLOGICO SULLE ICA. INDICATORE : Il CC-ICA approverà uno schema di massima per la conduzione delle indagini epidemiologiche interne. Riunioni del personale medico e infermieristico trimestrali Standard ≥ 4/anno.			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Direzione Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
CREAZIONE SCHEMA	R	I	C	C
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	C

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

	ATTIVITA' 2 MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI SOLUZIONE DISINFETTANTE PER L'IGIENE DELLE MANI . INDICATORE : Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso dei disinfettanti. Standard ≥ 3/anno Monitoraggio acquisti : Standard ≥ 2 anno			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Direzione Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	C

	ATTIVITA' 3 RIUNIONI DEL PERSONALE SULL'USO DEI DISINFETTANTI E SULLA CORRETTA IGIENE DELLE MANI . INDICATORE : Riunioni del personale sull'uso dei disinfettanti. Standard ≥ 3/anno Monitoraggio acquisti : Standard ≥ 2 anno			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Presidente CC-ICA	Direzione Aziendale	CC-ICA	Direzione Sanitaria
ESECUZIONE	R	C	C	C

	ATTIVITA' 4 MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI E MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA. INDICATORE : Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici Standard ≥ 3/anno Monitoraggio cartelle cliniche - Standard ≥ 10/ anno			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Direzione Aziendale	
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	I	

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

	ATTIVITA' 5 SVILUPPO DI UN PROGRAMMA SUL BUON USO DEGLI ANTIBIOTICI. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	CC-ICA	
PROGETTAZIONE PROGRAMMA	C	C	R	
ESECUZIONE PROGRAMMA	C	C	R	
VERIFICHE PROGRAMMA	R	I	C	

	ATTIVITA' 6 PULIZIA E SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI. Valutazione della efficacia del processo di pulizia e sanificazione degli ambienti e delle superfici. Valutazione prodotti impiegati. INDICATORE : Verifiche ed ispezioni mensili Standard \geq 12/anno			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	CC-ICA	
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	

	ATTIVITA' 7 PROCEDURA GESTIONE BIANCHERIA. Valutazione efficacia procedura gestione biancheria. Valutazione dei mezzi e dei prodotti impiegati. INDICATORE : Verifiche ed ispezioni mensili Standard \geq 12/anno			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	CC-ICA	Medico del Lavoro RSPP
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	C

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

OBIETTIVO E)	FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLA STRUTTURA.
---------------------	--

	ATTIVITA' 1 INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE DEGLI UTENTI. In fase di ingresso nella Struttura l'utente verrà informato sulla necessità di tenere una condotta improntata alla prevenzione delle infezioni, richiedendo, in particolare, frequenti lavaggi delle mani con l'impiego di appositi saponi e gel idroalcolico messi a disposizione dall'azienda. Si procederà sulla linea tenuta nel corso degli anni precedenti. Sensibilizzazione degli utenti anche per quanto riguarda il rischio caduta con la consegna di materiale esplicativo al momento dell'ingresso nella Struttura e successivi interventi formativi degli operatori. INDICATORE : Partecipazione Standard ≥ 80%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale	CC-ICA	
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	

OBIETTIVO F)	GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' IN TEMA DI RISCHIO SANITARIO.
---------------------	---

	ATTIVITA' 1 ASSICURARE LA PARTECIPAZIONE AI TAVOLI REGIONALI SUL RISCHIO SANITARIO E ALLE ATTIVITA' DEI GRUPPI DI STUDIO E/O APPROFONDIMENTO REGIONALI, ANCHE IN VIDEO CONFERENZA. RECEPIMENTO DELLE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE IN MATERIA DI RISCHIO SANITARIO. L'Azienda conferma la volontà di aderire a tutte le attività regionali e di favorire l'aggiornamento professionale mirato alla applicazione pratica e alla soluzione dei problemi. INDICATORE : Numero eventi Standard ≥ 1			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale		
PERMESSI	I	R		
PARTECIPAZIONE AI LAVORI	R	I		

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

	ATTIVITA' 2 ELABORAZIONE DI PROCEDURE AZIENDALI VOLTE AL RECEPIMENTO DI DOCUMENTI REGIONALI O NAZIONALI SUL RISCHIO SANITARIO DA DIFFONDERE A TUTTI GLI OPERATORI. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	Direzione Sanitaria	Direzione Aziendale		
PERMESSI	I	R		
ATTIVITA'	R	I		

14. DIFFUSIONE DEL PARS.

COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE.

Il PARS 2025 è approvato ed adottato con atto degli amministratori.

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

- ▶ La presentazione agli Amministratori;
- ▶ L'invio a mezzo e-mail a tutti gli operatori sanitari;
- ▶ La pubblicazione del PARS sul sito internet aziendale;
- ▶ Lo svolgimento di incontri presso la Struttura Operativa promossi dalla Direzione Sanitaria per far conoscere gli obiettivi del Piano e le relative modalità attuative di competenza di ciascuno;
- ▶ Riunioni di equipe clinica per aspetti relativi alle problematiche delle diverse categorie di operatori della Struttura;
- ▶ Svolgimento di corsi di formazione diretti al personale.

Il coinvolgimento del personale rispetto ai problemi della sicurezza è effettuato in modo sistematico ed avviene sin dalla costruzione del sistema di gestione del Rischio Sanitario e, successivamente, in tutte le fasi di identificazione dei rischi e di analisi di Near Misses, Eventi Sentinella ed Eventi Avversi. Riguarda, quindi, il sistema nel suo complesso e l'analisi e la gestione dei singoli eventi. Viene reso più efficace dalla creazione e dal sostegno di una cultura condivisa del Rischio Sanitario, quindi la presenza di un linguaggio comune è pre-requisito indispensabile e la formazione è uno strumento fondamentale. Quest'ultima :

- ❑ è mirata agli specifici bisogni formativi;
- ❑ è costruita con riferimento al contesto storico, culturale (valori, priorità, rapporti), ed operativo (utilizzo di esempi concreti, applicazioni reali);
- ❑ prevede l'applicazione nella pratica quotidiana di quanto acquisito con successiva revisione;
- ❑ è continuativa, ossia prevedere avanzamenti e richiami, al fine di rinforzare l'apprendimento.

Il coinvolgimento del personale è previsto almeno nelle seguenti attività :

- ✓ costruzione, revisione, implementazione di Linee Guida;
- ✓ progetti di miglioramento;
- ✓ costruzione di materiale informativo e di educazione per il personale e gli utenti/pazienti;
- ✓ effettuazione delle scelte : organizzative, delle attrezzature, delle tecnologie, della formazione;

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

✓ audit ed altre attività connesse alla valutazione ed al miglioramento.

Le metodologie per la partecipazione attiva del personale includono la raccolta di opinioni e pareri, problemi percepiti dal personale per quanto riguarda la sicurezza attraverso questionari; cassetta dei suggerimenti; riunioni, anche nella forma dell'assemblea.

15. RIFERIMENTI NORMATIVI, SITOGRAFIA

NAZIONALI

- ❑ Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e s.m.i. ”*.
- ❑ 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”*.
- ❑ Raccomandazioni del Ministero della Salute.
- ❑ D.P.R. 14 gennaio 1997 recante *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”*.
- ❑ Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 integrato con il Decreto Legislativo n. 106/2009 recante *“Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”*.
- ❑ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Decreto 11 dicembre 2009 – *“Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES)”*.
- ❑ 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 L. 5 giugno 2003, n° 131.

REGIONALI

- ❑ Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante *“Istituzione del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente con la denominazione di “Centro Regionale Rischio Clinico” ai sensi della L. 24/2017.*
- ❑ Decreto del Commissario ad Acta n. U00400 del 29 ottobre 2018 recante *“Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”*.
- ❑ Decreto del Commissario ad Acta n. U00517 del 24 dicembre 2019, recante *“Rinnovo mandato Centro Regionale Rischio Clinico e Integrazione componenti”*.
- ❑ Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 e s.m.i. recante *“Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”*.
- ❑ Determinazione n. G00163 del 11 gennaio 2019 *“Approvazione ed adozione del documento recante le Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)”*.
- ❑ Determinazione n° G00164 dell'11 gennaio 2019 - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Regione Lazio - *“Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”*.

- ❑ Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali - Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12355 - Approvazione *“Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”*.
- ❑ Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12356 Approvazione del *“Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”*.
- ❑ Regione Lazio – Decreto del Commissario ad acta (Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) n. U00490 del 21.10.2015 – Recepimento dell’Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie.
- ❑ Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015 n. U 00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018. Progetto 7.3, *“Contenimento delle Infezioni Correlate all’Assistenza e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”*.
- ❑ Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all’assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U0388434 del 22.07.2016.
- ❑ Determinazione Regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante *“Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”*.
- ❑ DCA n. 490 del 21.10.2015 : Adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie.
- ❑ Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella del 6 luglio 2021.
- ❑ Decreto del Commissario ad acta della Regione Lazio 6 luglio 2015 n. U 00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014 - 2018. Progetto 7.3, *“Contenimento delle Infezioni Correlate all’Assistenza e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”*.
- ❑ DCA n. 00563 del 24.11.2015 con il quale è stato istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni correlate all’assistenza (ICA) per la elaborazione delle Linee di indirizzo per la stesura dei Piani attuativi per i CC-ICA della Regione Lazio.
- ❑ *Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.*
- ❑ *Circolare Regione Lazio 15.10.2020 - “Comunicazioni relative all’elaborazione del PAICA 2021”.*
- ❑ *Circolare Regione Lazio prot.391183 del 30.04.2020 “Emergenza Covid - Azioni di Fase IV”.*
- ❑ *Circolare Regione Lazio 15.10.2020 - “Comunicazioni relative all’elaborazione del PAICA 2021”.*
- ❑ DCA U0008 del 10/02/2011 *“Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie”*.
- ❑ DCA n. 490/2015 : adempimenti delle strutture sanitarie relativi all’accreditamento.
- ❑ CRRC – *“Piano di intervento regionale sull’igiene delle mani”* del 19.02.2021.

IL BRIGANTE S.n.c.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R.e. "ESSERCI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2025

SITOGRAFIA

□ Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure.

<http://www.salute.gov.it/portale/temi/>

□ Regione Lazio. Rischio Clinico.

<http://www.regione.lazio.it/t/rlsanità>

□ AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente.

<http://www.agenas.it/aree-tematiche>

ALLEGATI

- ❑ **Disposizione degli Amministratori di approvazione ed adozione del PARS 2025**
-

**Il presente PARS è pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente
con l'atto di approvazione ed adozione.**

IL BRIGANTE S.N.C.

di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.

S.R.T.R. "ESSERCI" – S.R.S.R. H24 "LA MARGHERITA" – S.R.S.R. H24 "RESIDENZA DEI PINI"

04019 Terracina (LT) Via Badino, 267 - Tel. 0773.730698 Fax 0773.733521 – e-mail : comunita.esserci@email.it

DISPOSIZIONE DI APPROVAZIONE

L'anno 2025, il giorno 10 del mese di febbraio, alle ore 10,30, presso la sede legale in Terracina (LT) Via Badino n. 267, si sono riuniti gli Amministratori de "Il Brigante S.n.c. di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C., Sigg.re Penelope Subiaco e Margherita Massaroni, per deliberare sul seguente ordine del giorno :

1. Approvazione ed adozione della Revisione 02/2025 del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) – Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25 gennaio 2022 con allegato "*Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)*" - dei Presidi Sanitari denominati S.R.T.R.e. "ESSERCI", S.R.S.R.H24 "LA MARGHERITA", S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI", gestiti da "Il Brigante S.n.c. di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C."

2. Approvazione ed adozione della Revisione 02/2025 del Piano di azione locale sull'igiene delle mani sulla base del "*Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani*" del Centro Regionale Rischio Clinico del 19 febbraio 2021 - dei Presidi Sanitari denominati S.R.T.R.e. "ESSERCI", S.R.S.R.H24 "LA MARGHERITA", S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI", gestiti da "Il Brigante S.n.c. di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C."

3. Approvazione ed adozione del "Regolamento per la segnalazione di illeciti e/o irregolarità" ai sensi del D. Lgs. 24/2023.

4. Nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

5. Approvazione ed adozione del Programma di prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi, secondo quanto previsto dalle *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024).

❶ Sul primo punto all'Ordine del Giorno, gli amministratori :

Vista

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

- la Determinazione n. G00643 del 25 gennaio 2022 della Regione Lazio che ha predisposto il *“Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”*.

Considerato che

- con atto degli amministratori del 10 febbraio 2019, è stato istituito il **Gruppo di lavoro**

interdisciplinare per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente, il quale ha peso poi il nome di **Comitato di gestione del Rischio Sanitario**, nonché il **Comitato di valutazione sinistri**;

- è stato istituito il **CC-ICA** delle Strutture nonché i **Gruppi di Lavoro per la elaborazione del Programma di prevenzione e gestione della caduta del paziente** e la stesura del **Piano di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari**;

- la Direzione Sanitaria delle Strutture ha predisposto, sulla base di quanto disposto dalla Legge 24/2017 e dalla Determinazione regionale di cui sopra, il PARS dell’anno 2025;

- è necessario trasmettere tale Documento ai competenti uffici della Regione Lazio nei termini, previa sua lettura, analisi ed approvazione;

- la sicurezza del paziente costituisce la base per una buona assistenza sanitaria e un principio fondamentale del diritto alla salute perseguito dall’ente;

- l’adempimento in questione è presupposto per l’autorizzazione e accreditamento delle Strutture de “Il Brigante S.n.c.”.

Tenuto conto che il PARS sarà oggetto di periodica revisione e sarà reso accessibile e consultabile a tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul sito internet aziendale nonché in formato cartaceo presso ogni Struttura e mediante corsi di formazione.

Presa visione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario delle Strutture S.R.T.R.e. “ESSERCI”, S.R.S.R.H24 “LA MARGHERITA”, S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI” (**Allegati A, B, C**) per l’anno 2025.

DISPONGONO

- di approvare ed adottare il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) per l’anno 2025 delle Strutture denominate S.R.T.R.e. “Esserci”, S.R.S.R.H24 “La Margherita”, S.R.S.R.H24 “Residenza dei Pini”, che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e si allegano sotto le lettere **A; B; C**;

- di dare mandato ai Responsabili Sanitari delle Strutture di presentare il PARS 2025 agli operatori sanitari ;

- di dare mandato all’ufficio competente di dare diffusione del PARS 2025 mediante l’inserimento

nel sito internet aziendale nonché attraverso copie cartacee nelle Strutture;

- di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo;
- di inviare il PARS 2025 al Centro Regionale Rischio Clinico, nei termini;
- di dare pubblicità al presente atto.

② Si passa ad esaminare il secondo punto all'ordine del giorno.

Gli amministratori

- ravvisata la necessità di predisporre la **implementazione 02/2025 del "Piano di azione Locale sull'igiene delle mani"** delle Strutture Sanitarie denominate S.R.T.R.e. "ESSERCI", S.R.S.R.H24 "LA MARGHERITA", S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI", gestite da "Il Brigante S.n.c. di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.", sulla base delle indicazioni della Regione Lazio e a cura del Comitato per il Controllo delle ICA.

Considerato che :

- con apposita deliberazione degli amministratori del 3 febbraio 2020 è stato istituito il Comitato Aziendale per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) delle Strutture denominate S.R.T.R.e. "Esserci", S.R.S.R.H24 "La Margherita", S.R.S.R.H24 "Residenza dei Pini";
- l'adozione di linee guida e procedure rappresentano lo strumento per favorire, all'interno delle Strutture gestite da "Il Brigante S.n.c.", l'applicazione uniforme delle norme e dei regolamenti dell'ordinamento giuridico e per promuovere il miglioramento della qualità del servizio reso;
- il CC-ICA ha recepito quanto disposto dal CRRC ed approvato la stesura della seconda revisione del "Piano di azione Locale sull'igiene delle mani" ;
- la sicurezza degli utenti e degli operatori costituisce la base per una buona assistenza sanitaria e un principio fondamentale del diritto alla salute perseguito dall'ente;
- l'adempimento in questione è presupposto per l'autorizzazione e accreditamento delle Strutture gestite da "Il Brigante S.n.c.";
- il Documento deve essere allegato al PARS 2025 ed inviato, nei termini, al CRRC;
- è necessario procedere alla approvazione ed adozione del Documento;
- tenuto conto che il Piano Locale sull'igiene delle mani sarà oggetto di periodica revisione e sarà reso accessibile e consultabile a tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul sito internet aziendale nonché in formato cartaceo presso ogni Struttura e mediante corsi di formazione;

Presa visione dei Documenti predisposto dalle Strutture Aziendali per l'anno 2025.

Alla unanimità, approvano ed adottano

1. la Revisione 02/2025 del “Piano Locale sull’igiene delle mani” delle Strutture denominate S.R.T.R.e. “Esserci”, S.R.S.R.H24 “La Margherita”, S.R.S.R.H24 “Residenza dei Pini”, che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e si allegano sotto le lettere **D; E; F**);
2. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo;
3. di dare mandato ai Responsabili Sanitari, ognuno per il proprio settore, di esporre e presentare il Documento a tutti i dipendenti ed operatori;
4. di dare mandato all’ufficio competente di dare diffusione del presente provvedimento mediante l’inserimento nel sito internet aziendale nonché attraverso copie cartacee da consegnare alle Strutture;
5. di dare mandato all’ufficio competente di pubblicare sul sito internet aziendale la presente delibera con allegato il Documento in oggetto;
6. di dare pubblicità al presente atto.

③ Sul punto 3, gli amministratori :

- preso atto delle modifiche che sono intervenute con riguardo al Modello Organizzativo aziendale ex D. Lgs. 231/2001 alla luce del D. Lgs. n. 24 del 10 marzo 2023 riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell’Unione europea e/o delle disposizioni normative nazionali, vale a dire il c.d. whistleblowing.
- Presa visione del Regolamento predisposto per la segnalazione di illeciti e/o irregolarità sulla base di quanto stabilito dal D. Lgs. 24/2023;

DISPONGONO

di approvare ed adottare il **“Regolamento per la segnalazione di illeciti e/o irregolarità”** che implementa il Modello 231 aziendale e che si allega alla presente delibera sotto la lettera **G**).

④ Sul punto 4 gli amministratori :

- Preso atto della normativa che è alla base della nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) aziendale nell’ambito della Procedura di whistleblowing.

Tenuto conto :

- del contesto e delle dimensioni dell’ente;
- dei requisiti necessari per lo svolgimento delle funzioni;
- del ruolo ricoperto all’interno della Organizzazione;
- della durata del conferimento dell’incarico;
- del numero limitato delle posizioni dirigenziali per la ridotta dimensione dell’ente;
- del profilo professionale che garantisce comunque idonee competenze;

Considerata :

- la adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dell'amministrazione, con autonomia valutativa e competenze per svolgere con effettività il ruolo;
- la mancanza di conflitti di interesse.

Considerato che la persona individuata per ricoprire tale ruolo ha dimostrato nel tempo un comportamento integerrimo.

DISPONGONO

1. di nominare Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza de " IL BRIGANTE S.n.c." l'Ing. Terenzio Subiaco , nato a Terracina (LT) il 24.07.1977;
2. di stabilire che la durata dell'incarico è di anni tre;
3. di assicurare interventi formativi finalizzati a fornire al RPCT, nella prospettiva di una maggiore professionalizzazione del ruolo, tutti gli elementi conoscitivi e le competenze necessarie con riguardo ai metodi e agli strumenti di gestione del rischio corruttivo;
4. che dall'espletamento dell'incarico al RPCT non saranno riconosciuti compensi aggiuntivi.

5 Gli amministratori passano, infine, ad esaminare il **Programma di prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi**, redatto dall'apposito Comitato Aziendale, secondo quanto previsto dalle *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024).

Dopo ampia discussione, considerato anche che tale Programma deve essere allegato al PARS 2025, approvano ed adottano tale Programma.

Alle ore 13,15, null'altro essendovi da deliberare e nessuno richiedendo la parola, la seduta viene dichiarata chiusa dopo lettura ed approvazione del presente verbale.

Gli amministratori

Penelope Subiaco



Margherita Massaroni

