

IL BRIGANTE

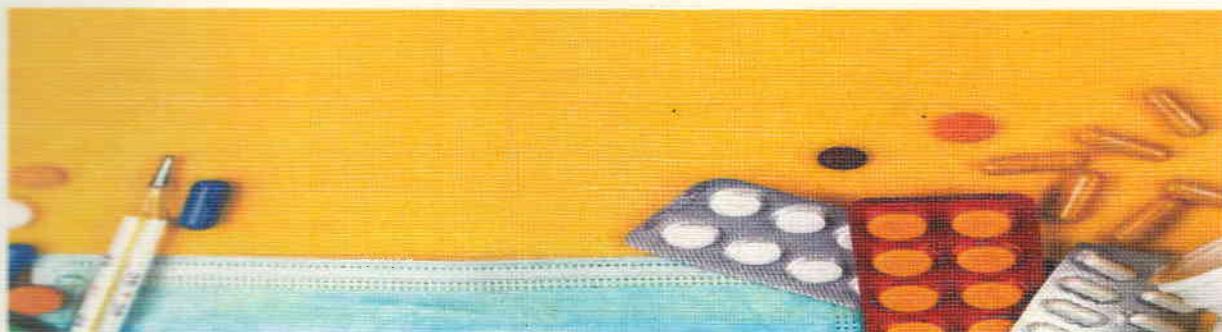
S.n.c.

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

Sede legale : 04019 Terracina (LT) - Via Badino, 267

Sede operativa : 04019 Terracina (LT) - Via Valle d'Aosta, 4

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

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.ssa PIERINA MARCIANO Responsabile Sanitario | 06.02.2023 | |
| APPROVAZIONE ED ADOZIONE | MAGHERITA MASSARONI PENELOPE SUBIACO Amministratori - Legali rappresentanti | 14.02.2023 | |

2023

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

| | |
|--|------------|
| 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 |
| PIANO PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DELLA CADUTA DEL PAZIENTE | |
| STATO DELLE REVISIONI | |
| Revisione 0 | 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 |
| PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI | |
| STATO DELLE REVISIONI | |
| Revisione 0 | 20.10.2022 |
| PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO | |
| STATO DELLE REVISIONI | |
| Revisione 0 | 14.02.2023 |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

INDICE

| | |
|---|----|
| 1. Contesto organizzativo aziendale | 5 |
| 2. Dati generali della Struttura | 8 |
| 3. Il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) | 9 |
| 4. Termini e definizioni | 12 |
| 5. Il rischio clinico e le infezioni correlate all’assistenza. Il Piano locale per l’igiene delle mani. Il Programma di prevenzione e gestione delle aggressioni agli operatori sanitari. Il Piano di prevenzione della caduta del paziente | 17 |
| 5.1. Il Rischio Clinico e il relativo Piano (PARM)..... | 17 |
| 5.2. Il Comitato di Gestione del Rischio Sanitario | 17 |
| 5.3. Il Comitato di valutazione sinistri | 18 |
| 5.4. Definizione del rischio clinico | 18 |
| 5.5. L’errore in medicina | 20 |
| 5.6. Fattori che determinano il grado di rischio di un sistema | 25 |
| 5.7. Metodi e strumenti per l’analisi dell’errore e la gestione del rischio sanitario | 25 |
| 5.8. Strumenti per l’identificazione del rischio | 26 |
| 5.9. Criteri per la classificazione degli eventi | 30 |
| 5.10. Diagramma di flusso per la classificazione degli eventi | 31 |
| 5.11. Il rischio infettivo | 32 |
| 5.11.1. Le infezioni correlate all’assistenza e il relativo Piano (PAICA) | 35 |
| 5.11.2. Il Comitato per il controllo delle ICA | 35 |
| 5.12. Il Piano di Azione Locale per l’igiene delle mani | 37 |
| 5.13. Il Programma di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari | 40 |
| 5.14. Il Piano di Prevenzione della caduta del paziente | 44 |
| 6. Mappatura del rischio | 49 |
| 7. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio | 51 |
| 7.1. Eventi segnalati nell’ultimo quinquennio | 52 |
| 7.2. Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio | 54 |
| 8. Descrizione della posizione assicurativa | 55 |
| 9. Resoconto delle segnalazioni dell’anno 2022 | 56 |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

| | |
|---|----|
| 10. Resoconto delle attività poste in essere nel 2022 | 57 |
| 11. Matrice delle responsabilità | 71 |
| 12. Obiettivi e attività 2023 | 73 |
| 12.1. Obiettivi | 73 |
| 12.2. Attività 2023 | 75 |
| 13. Attività e matrice delle responsabilità | 81 |
| 14. Diffusione del PARS. Coinvolgimento del personale | 92 |
| 15. Sicurezza farmaci e dispositivi | 94 |
| 16. Gestione dei reclami e delle segnalazioni | 95 |
| 17. Riferimenti normativi, sitografia | 96 |

ALLEGATI

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO AZIENDALE

La Struttura Residenziale Socio Riabilitativa denominata “RESIDENZA DEI PINI”, gestita da “Il Brigante S.n.c. di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.”, con sede legale in Terracina (LT) Via Badino n. 267 e sede operativa in Terracina (LT) Via Valle d’Aosta n. 4, 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 dell’attività con accreditamento definitivo in virtù del Decreto Autorizzativo del Commissario ad acta della Regione Lazio n. U00336 del 26 luglio 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.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI” 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 un’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

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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 caduta**, le **infezioni correlate all'assistenza**, **il percorso del farmaco**, **le aggressioni agli operatori sanitari**, **l'igiene delle mani**. 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 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 annidano 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.

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. 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**. 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.

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

Anche con 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 operano tutti i giorni, può contribuire in modo significativo a diminuire il rischio.

La S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI” si è dotata del **Piano Annuale di Risk Management (PARM)** e del **Piano delle infezioni correlate all’Assistenza (PAICA)**, poi sostituiti dal presente PARS; del **Programma di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari**; del **Piano di azione locale per l’Igiene delle mani**; del **Piano di Prevenzione e gestione della caduta del paziente**.

L’Azienda si è dotata anche di un Sistema Gestione Qualità.

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

2. DATI GENERALI DELLA STRUTTURA SANITARIA S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

| | | | |
|---|--|------------------|----------------|
| Aggiornati al 06 febbraio 2023 | | | |
| DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA | S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI" | | |
| SEDE | SEDE LEGALE : Terracina (LT) – Via Badino n. 267 SEDE OPERATIVA : Terracina (LT) – Via Valle d'Aosta n. 4 | | |
| ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE | ASL Latina | | |
| DATI STRUTTURALI | NUMERO EDIFICI | MQ di superficie | POSTI LETTO N. |
| | 01 | 325 c.a | 10 |
| ACCREDITAMENTO | Autorizzata all'esercizio con accreditamento definitivo in virtù del Decreto Autorizzativo del Commissario ad acta della Regione Lazio n. U00336 del 26 luglio 2013. | | |
| ORGANI DI GOVERNO E LEGALI RAPPRESENTANTI | MARGHERITA MASSARONI PENELOPE SUBIACO | | |
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA | Avv. MICHELE MASSARONI | | |
| RESPONSABILE SANITARIO | Dott.ssa PIERINA MARCIANO | | |
| PSICOLOGI | Responsabile : Dott.ssa SABINA LAURETTI | | |
| TECNICI DELLA PSICOLOGIA | Responsabile : Dott.ssa ROSSELLA IMPUTATO | | |
| ASSISTENTI SOCIALI | Responsabile : Dott.ssa LETIZIA VENTO | | |
| INFERMIERI PROFESSIONALI | Responsabile : I.P. CECILIA BERNARDI | | |
| OPERATORI SOCIO SANITARI | Responsabile : O.S.S. FRANCESCO SAVASTANO | | |
| RISORSE UMANE | | | |
| AMMINISTRATIVI | 1 | | |
| MEDICI | 1 | | |
| PSICOLOGI/PSICOTERAPEUTI | 1 | | |
| TECNICI DELLA PSICOLOGIA | 2 | | |
| ASSISTENTI SOCIALI | 1 | | |
| INFERMIERI PROFESSIONALI | 1 | | |
| OPERATORI SOCIO SANITARI | 3 | | |
| ALTRI | 0 | | |
| DATI DI ATTIVITA' | | | |
| GIORNATE DI DEGENZA | ANNO | NUMERO | |
| | 2022 | 3.650 | |
| SITO INTERNET | www.comunitaresidenzadeipini.com | | |
| INDIRIZZO MAIL | comunita.esserci@email.it | | |
| PEC | comunita@ilbrigantesnc.telecompec.it | | |

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

Il presente PARS si riferisce alla S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”, gestita da “Il Brigante S.n.c. di Ornella Massaroni, Penelope Subiaco e Margherita Massaroni & C.”, ed è stato redatto 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

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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.

Scopo del PARS 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 BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

Il presente Documento, fatto salve le specifiche e motivate specificità della Struttura in questione, 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.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI” 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.

La Direzione Aziendale assicura 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 perché intercettato o per caso fortuito.</i> |

| | |
|---|--|
| <p>EVENTO SENTINELLA</p> | <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 abbiamo 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.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI" :</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> |
| <p>RISCHIO</p> | <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> |
| <p>SICUREZZA DEL PAZIENTE (Patient safety)</p> | <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 minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.</i></p> |
| <p>FATTORE UMANO</p> | <p><i>Sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti.</i></p> |

| | |
|--|--|
| 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 | <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. Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.</i> |
| 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</i></p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | <i>assistenziale (ospedale, ambulatorio, residenza assistenziale, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.</i> |
| ANTISEPSI DELLE MANI | <i>La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. 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> |
| AGENTE ANTISETTICO | <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> |
| COLONIZZAZIONE | <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> |

**5. IL RISCHIO CLINICO E LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA.
IL PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI.
IL PROGRAMMA DI PREVENZIONE E GESTIONE DELLE AGGRESSIONI AGLI OPERATORI SANITARI.
IL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CADUTADEL PAZIENTE.**

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.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI", 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 d'ora in poi prenderà il nome di "Comitato di Gestione del Rischio Sanitario"), il "Comitato di Valutazione Sinistri" e il "Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'Assistenza" - CC- ICA.

5.2. IL COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

| COMPOSIZIONE | Delibera n. 02 del 10 febbraio 2019 |
|--|--|
| RESPONSABILE SANITARIO | Dott.ssa PIERINA MARCIANO |
| AVVOCATO | MICHELE MASSARONI |
| RESPONSABILE PSICOLOGI | Dott.ssa SABINA LAURETTI |
| RESPONSABILE TECNICI DI PSICOLOGIA | Dott. ssa ROSSELLA IMPUTATO |
| RESPONSABILE ASSISTENTI SOCIALI | Dott.ssa LETIZIA VENTO |
| RESPONSABILE INFERMIERI PROFESSIONALI | I.P. CECILIA BERNARDI |
| RESPONSABILE OPERATORI SOCIO SANITARI | O.S.S. FRANCESCO SAVASTANO |
| MEDICO DEL LAVORO | Dott. ANTONIO CESARELLI |
| RSPP | Ing. TERENCE SUBIACO |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

5.3. IL COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI

| COMPOSIZIONE | | |
|--------------------------------------|------|--|
| AVVOCATO | | Avv. MICHELE MASSARONI |
| RISK MANAGER | | Dott.ssa PIERINA MARCIANO |
| LEGALI RAPPRESENTANTI DELLA SOCIETA' | | MARGHERITA MASSARONI PENELOPE SUBIACO |
| ANNO DI ISTITUZIONE | 2019 | Delibera n. 02 del 10.02.2019 |
| NUMERO DI CASI ISTRUITI | 0 | |

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.

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” 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

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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) |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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.

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.

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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**.

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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 fundamentalmente 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 SEGNALAZIONE (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

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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'équipe, 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

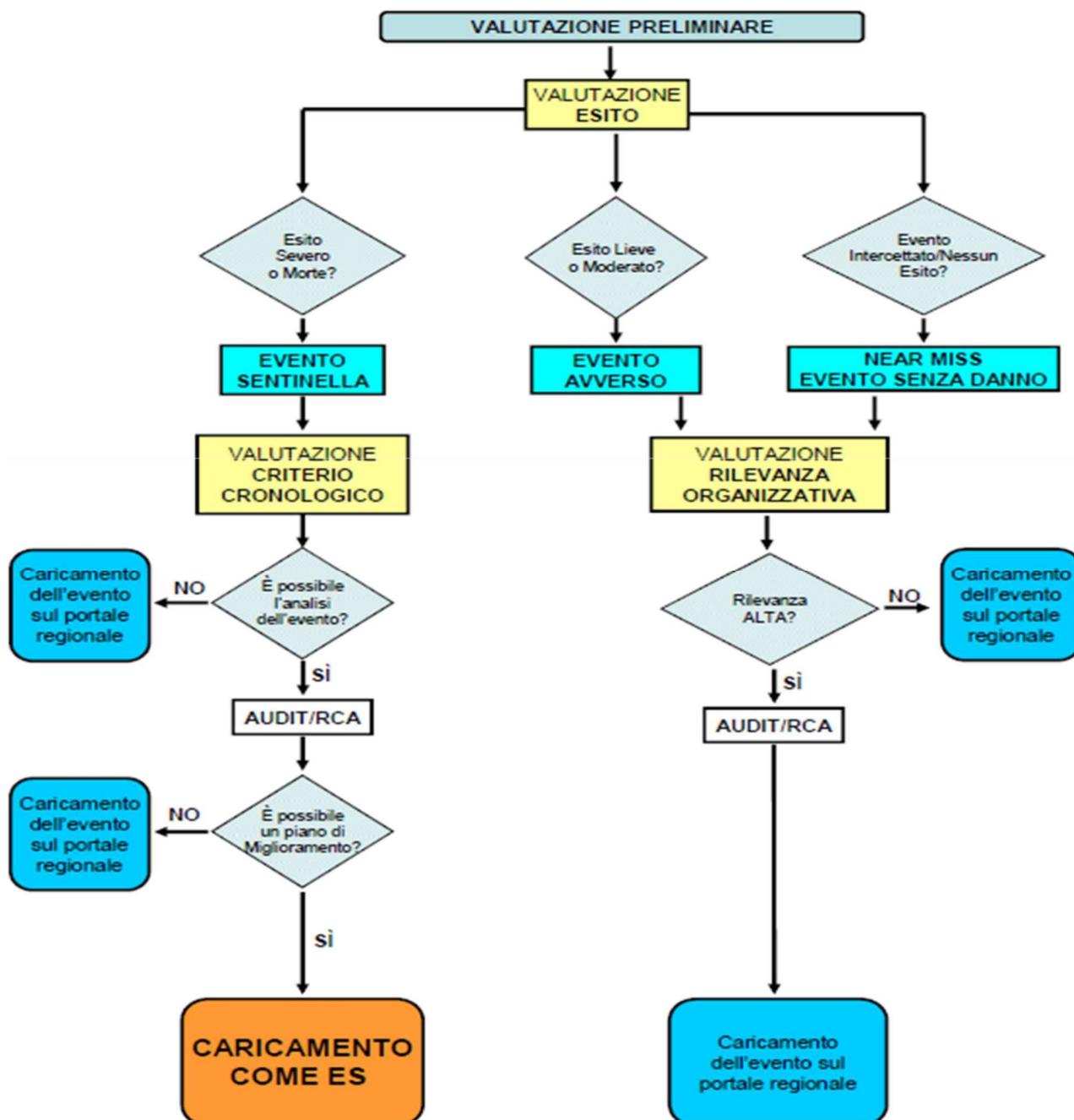
Centro Regionale Rischio Clinico “Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella” del 6 luglio 2021.

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.

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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 dimostrate 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

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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 “residenza dei Pini”, 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”.

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

5.11.1. LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E 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.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI" ha elaborato, prima del presente PARS, il "Piano Annuale per le ICA".

Con il PARS 2023 vengono definiti gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale al fine di garantire la prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e, in definitiva, contribuire al miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

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.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI" 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 CCICA Responsabile Sanitario | Dott.ssa PIERINA MARCIANO |
| COMPONENTE Responsabile area infermieristica | I.P. CECILIA BERNARDI |
| COMPONENTE RSPP | Ing. TRENZIO SUBIACO |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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 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.

Da febbraio 2020, nel rispetto delle prescrizioni nazionali e regionali, vengono emanate ed aggiornate le procedure interne per il contrasto e il contenimento dell'infezione Covid-19 alle quali partecipa il CC-ICA.

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.

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

5.12. IL PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Il Centro Regionale Rischio Clinico della Regione Lazio, il 19 febbraio 2021, ha predisposto il **"Piano di intervento regionale per l'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 dell'OMS.

Il Provvedimento è rivolto alle Direzioni di tutte le Strutture Sanitarie o Socio-Sanitarie, pubbliche e private, del Servizio Sanitario Regionale, affinché effettuino l'autovalutazione prevista dal Piano Regionale ed elaborino un Piano di Azione Locale sulla base dei risultati della suddetta autovalutazione. Il Documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e delle Strutture.

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 complicanza 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.

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;

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

- ❑ 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;

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

- 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.

I dispenser di gel idroalcolico sono presenti e accessibili nella Struttura in tutti gli spazi comuni.

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 definito 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 per quantificare le dimensioni del fenomeno in quanto l'aggressione del personale sanitario deve essere considerato

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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;
- ◆ 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;

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

- ◆ 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;

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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.

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.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI” 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.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”, 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, non c'è 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

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

intraprendere per ridurre il rischio caduta nelle Strutture Sanitarie.

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI” 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;
- ❑ uniformare le modalità di gestione dell’evento caduta, compreso il monitoraggio degli esiti;

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

□ 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.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”, 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.

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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 delle Strutture.

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. 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;</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>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> |

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.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”, 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

Negli ultimi 5 anni non sono stati segnalati eventi avversi per la Struttura S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”.

| TIPO DI EVENTO | ANNO | NUMERO DEGLI EVENTI | PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUENTI (1) | AZIONI DI MIGLIORAMENTO | FONTE DEL DATO |
|--|---|----------------------------------|--|--|---|
| <p>NEAR MISS <i>errore che ha la potenzialità di causare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito</i></p> | <p>2018 2019 2020 2021 2022</p> | <p>0 0 0 0 0</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Strutturali (0%) • Tecnologici (0%) • Organizzativi (0%) • Procedure/ Comunicazione (0%) • Cadute (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 (0%) |
| <p>EVENTI AVVERSI <i>evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile</i></p> | <p>2018 2019 2020 2021 2022</p> | <p>0 0 0 0 0</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Strutturali (0%) • Tecnologici (0%) • Organizzativi (0%) • Procedure/ Comunicazione (0%) • Cadute (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 | <ul style="list-style-type: none"> • Sistemi di reporting (0%) • Sinistri (0%) • Farmacovigilanza (0%) • ICA (0%) • Aggressioni (0%) |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|
| | | | | gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. •Formazione operatori. | |
| EVENTI SENTINELLA <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</i> | 2018 2019 2020 2021 2022 | 0 0 0 0 0 | <ul style="list-style-type: none"> • Strutturali (0%) • Tecnologici (0%) • Organizzativi (0%) • Procedure/ Comunicazione (0%) • Cadute (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%) |

(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.

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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 2018/2022.

| S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI" | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| ANNO | NUMERO SINISTRI APERTI (1) | NUMERO SINISTRI LIQUIDATI (1) | RISARCIMENTI EROGATI (1) |
| 2018 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | 0 | 0 | 0 |
| 2021 | 0 | 0 | 0 |
| 2022 | 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.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

8. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

| ANNO | POLIZZA (Scadenza) | COMPAGNIA ASSICURATIVA | PREMIO | FRANCHIGIA |
|-------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-------------------|
| 2018 | Polizza n. 989447012 | Generali Italia S.p.A. | € 1.560,00 | 0 |
| 2019 | Polizza n. 989447012 | Generali Italia S.p.A. | € 1.560,00 | 0 |
| 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 |

9. RESOCONTO DELLE SEGNALAZIONI DELL'ANNO 2022

Si precisa, preliminarmente, che nel corso dell'anno 2022 non sono stati segnalati "eventi indesiderati", non sono stati segnalati e/o riscontrati "eventi sentinella" e "near miss".

Pertanto, il resoconto delle segnalazioni dell'anno 2022 è il seguente :

- ❑ Segnalazioni relative a cadute di pazienti = n. 0
- ❑ 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. 0
- ❑ Schede di ALERT-REPORT contenenti l'individuazione di azioni di miglioramento = 01

Nel corso dell'anno 2022 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' POSTE IN ESSERE NEL 2022

Vengono di seguito riportate le attività svolte a livello aziendale nell'anno 2022.

RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL RISCHIO CLINICO 2022

| OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE | REALIZZATA | STATO DI ATTUAZIONE |
|--|---------------------|---|
| Attività 1 DISTRIBUZIONE DEL PARM A TUTTO IL PERSONALE. Il PARM 2022 verrà portato a conoscenza di tutti gli operatori sanitari. | SI | Il PARM 2022 è stato portato a conoscenza di tutti gli operatori sanitari. Invio a mezzo mail 100% |
| Attività 2 PROGRAMMATA Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti, anche in video conferenza. Implementare le conoscenze per il contenimento del CoV-Sars-2. Svolgimento di un corso di formazione sulla "Comunicazione e lavoro di gruppo per la prevenzione dei rischi". La Direzione Aziendale assicurerà la partecipazione a incontri, corsi, seminari, convegni sul tema del rischio clinico. Progettazione audit. Esecuzione audit. Saranno attuati report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate. | PARZIALMENTE | Con l'intento di implementare le conoscenze relative al fenomeno SARS-CoV-2 e di migliorare l'approccio in materia di prevenzione e contenimento dell'evento pandemico, sono stati realizzati, nelle riunioni di equipe clinica, eventi informativi – formativi sulle misure e disposizioni in ambito di prevenzione della diffusione del virus Sars-CoV2 (utilizzo specifico e refresh sui DPI, nuovi dispenser, ecc.). Con la dicitura NORME ANTI COVID sono state presentate nella equipe le procedure operative per la prevenzione da infezione da SARS- COV-2 e varianti. In questa giornata si è ribadito l'utilizzo corretto di mascherine FFP2 e |

| | | |
|---|------------------|--|
| | | <p>sono state delineate nuove Linee Guida Interne per inserimento utenti.</p> <p>Sono stati, pertanto, realizzate iniziative di formazione/ informazione riguardanti la prevenzione e il contenimento del contagio Covid-19.</p> <p>05.05.2022 - Giornata di Formazione relativa alla “Corretta igiene e lavaggio delle mani all’interno della struttura sanitaria” : norme di attuazione emanate dalla Regione Lazio (“Piano di intervento Regionale sull’igiene delle mani” – CRRC 19.02.2021), 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> <p>Non ha avuto luogo, invece, il corso di formazione sulla “Comunicazione e lavoro di gruppo per la prevenzione dei rischi”.</p> |
| <p>Attività 3</p> <p>PROGRAMMATA</p> <p>Riunione di equipe clinica settimanale.</p> | <p>SI</p> | <p>Sono state regolarmente svolte le riunioni di equipe clinica, con cadenza settimanale.</p> |
| <p>Attività 4</p> <p>PROGRAMMATA</p> <p>Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali.</p> | <p>SI</p> | <p>E’ stato predisposto il “Piano di prevenzione e gestione della caduta del paziente”, completo di allegati.</p> <p>Il Documento è stato portato a conoscenza di tutto il personale sanitario.</p> |

| | | |
|---|------------------|---|
| <p style="text-align: center;">OBIETTIVO B)</p> <p>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</p> | | |
| <p style="text-align: center;">Attività 1 PROGRAMMATA</p> <p>Con riguardo alla emergenza sanitaria Covid-19 in atto si procederà sulla linea del 2020 e del 2021, nel rispetto di tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale per garantire la prevenzione, il contenimento e la gestione del rischio da infezione. Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti. Implementazione delle procedure e formazione sull'igiene delle mani alla luce del Documento predisposto dal CRRC Lazio nel 2021 "Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani". Attività di verifica delle procedure avviate. Progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di risk assessment. Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit di rischio clinico. Elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di documenti regionali o nazionali.</p> | <p>SI</p> | <p>Sono state redatte, approvate ed attuate le 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 ed è stata svolta una specifica attività di verifica delle procedure avviate. Sono state regolarmente tenute, anche in videoconferenza, le riunioni settimanali dell'equipe clinica. E' stato predisposto il "Piano Locale per l'igiene delle mani", completo di allegati. Il Documento è stato portato a conoscenza di tutto il personale sanitario. E' stato predisposto il "Piano di prevenzione e gestione della caduta del paziente", completo di allegati. Il Documento è stato portato a conoscenza di tutto il personale sanitario.</p> |
| <p style="text-align: center;">Attività 2 PROGRAMMATA</p> <p>Attività di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management : saranno esaminate cartelle cliniche del 2021 utilizzando</p> | <p>SI</p> | <p>Sono state esaminate complessivamente n. 10 cartelle cliniche relative all'anno 2021 sotto il profilo della completezza,</p> |

| | | |
|--|------------------|--|
| <p>una chek list ad hoc. A tale scopo si farà riferimento al Progetto Regionale <i>“La valutazione della Qualità della cartella clinica come strumento di Risk Management”</i>. 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>precisione, chiarezza, aggiornamento. 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 3</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>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 difformità riscontrate nel corso di attività ispettive. Applicazione del “Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica” elaborato dalla Regione Lazio del 15 giugno 2020</p> | <p>SI</p> | <p>Sono state verificate n. 12 procedure per la gestione del farmaco. Il risultato dell’accertamento è stato più che soddisfacente.</p> |
| <p style="text-align: center;">Attività 4</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>Cadute : Piano di prevenzione e gestione della caduta del paziente. Miglioramento del monitoraggio e del reporting sugli eventi avversi mediante la Scheda di valutazione del rischio caduta e la Scheda di segnalazione della caduta accidentali del paziente.</p> | | <p>E’ stato predisposto il “Piano di prevenzione e gestione della caduta del paziente”, completo di allegati. Il Documento è stato portato a conoscenza di tutto il personale sanitario. Gli operatori sono stati informati e formati sulla compilazione della Scheda di valutazione del rischio caduta e della Scheda di segnalazione della caduta.</p> |
| <p style="text-align: center;">Attività 5</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti della Struttura.</p> | <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 align="center">OBIETTIVO C)</p> <p>FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLA STRUTTURA</p> | | |
| <p align="center">Attività 1</p> <p align="center">PROGRAMMATA</p> <p>Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti. Attività del tavolo permanente istituito per la sicurezza aziendale, coordinato dal Responsabile Sanitario. Riunione di equipe clinica settimanale.</p> | <p align="center">SI</p> | <p>E' pervenuta n° 01 (una) scheda di ALERT-REPORT, contenente 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. L'Unità di Gestione del Rischio Sanitario ha realizzato, presso la Struttura, una costante attività di monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali. Sono state svolte con regolarità le riunioni di equipe clinica settimanali.</p> |
| <p align="center">Attività 2</p> <p>Aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi ex D. Lgs. 81/08 (DVR) e delle procedure inerenti alla pandemia influenzale da virus COVID-19.</p> | <p align="center">SI</p> | <p>Sono state eseguite molteplici revisioni delle Procedure e del Documento di Valutazione del Rischio, in relazione alla fase pandemica da COVID-19 e la relativa evoluzione normativa.</p> |
| <p align="center">OBIETTIVO D)</p> <p align="center">GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</p> | | |
| <p align="center">Attività</p> <p align="center">PROGRAMMATA</p> <p>Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e</p> | <p align="center">SI</p> | <p>Ricezione delle notifiche, da parte del CRRC, in relazione per</p> |

| | | |
|--|--|----------------------------|
| alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali. Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Sanitario. | | comunicazioni o confronti. |
|--|--|----------------------------|

RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL RISCHIO INFETTIVO 2022

Le azioni poste in essere con riguardo al **Rischio Infettivo** sono state le seguenti.

| | |
|---|--|
| OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO | |
| Attività 1 DISTRIBUZIONE PAICA A TUTTO IL PERSONALE. INDICATORE : Invio a mezzo mail Standard = 100% | REALIZZATA SI Il PAICA 2022 è stato portato a conoscenza di tutti gli operatori sanitari. Invio a mezzo mail 100% |
| Attività' 2 FORMAZIONE 1 Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli operatori sulle tematiche del rischio ICA, in particolare sulla prevenzione e controllo dell'infezione Covid-19. Svolgimento di un corso base di formazione sul tema, obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. Partecipazione a corsi, seminari, convegni. INDICATORE : Esecuzione del corso entro il 31.12.2021 Partecipazione al Corso : Standard ≥ 75% | REALIZZATA SI Tutto il personale ha partecipato ai corsi per le buone pratiche per il contrasto e il contenimento dell'infezione SARS-CoV-2 e sull'uso appropriato dei DPI . Alla luce alla luce del Documento predisposto dal CRRC "Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani" è stato redatto il "Piano di azione locale per l'Igiene delle mani" completo di allegati. Tale Documento è stato portato a conoscenza di tutto il personale. |
| Attività 3 PROGRAMMATA Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali. | REALIZZATA SI E' stato predisposto il "Piano Locale per l'igiene delle mani", completo di allegati. Il Documento è stato portato a conoscenza di tutto il personale sanitario. |

| | |
|--|--|
| <p>Attività 4</p> <p>FORMAZIONE 2</p> <p>Organizzazione di attività di informazione/formazione del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici.</p> <p>INDICATORE : Riunioni con frequenza trimestrale.</p> <p>Partecipazione - Standard $\geq 75\%$</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Nel corso dell'anno 2022 si sono tenute le riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici. Tali riunioni, per l'attività svolta nella Struttura e l'esiguità della prescrizione degli antibiotici, non hanno evidenziato particolari problematiche.</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <p>OBIETTIVO B)</p> <p>MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E AL MONITORAGGIO E CONTENIMENTO DELLE ICA</p> | |
| <p>Attività 1</p> <p>ELABORAZIONE/REVISIONE/IMPLEMENTAZIONE DI PROCEDURE PER LA PREVENZIONE DEL SARS-CoV-2</p> <p>La riunione di equipe clinica settimanale sarà focalizzata anche sui fattori di rischio associati alle ICA, predisponendo i miglioramenti organizzativi eventualmente indicati come opportuni.</p> <p>INDICATORE : Riunioni</p> <p>Partecipazione - Standard ≥ 70</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Nel corso delle riunioni settimanali dell'equipe clinica si è tenuto conto anche dei fattori di rischio associati alle ICA.</p> |
| <p>Attività 2</p> <p>RIUNIONE DI EQUIPE CLINICA SETTIMANALE</p> <p>La riunione di equipe clinica settimanale sarà focalizzata anche sui fattori di rischio associati alle ICA e avendo particolare riguardo all'infezione da SARS-CoV-2, predisposizione miglioramenti organizzativi eventualmente indicati come opportuni.</p> <p>INDICATORE : Partecipazione alle riunioni.</p> <p>Partecipazione - Standard $\geq 70\%$</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Nel corso delle riunioni settimanali dell'equipe clinica si è tenuto conto anche dei fattori di rischio associati alle ICA.</p> |
| <p>Attività 3</p> <p>MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI E MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.</p> <p>INDICATORE : Riunioni del personale medico e</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Il monitoraggio del consumo di antibiotici attraverso le cartelle cliniche e una verifica specifica ha</p> |

| | |
|--|--|
| <p>infermieristico sull'uso degli antibiotici . Monitoraggio consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100gg degenza. Standard ≥ 3/anno Monitoraggio cartelle cliniche Standard ≥ 20</p> | <p>mostrato la costante riduzione dell'uso degli stessi.</p> |
| <p>Attività 4</p> <p>MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI SOLUZIONI DISINFETTANTI IDRIALCOLICHE INDICATORE : Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso dei disinfettanti. Standard ≥ 3/anno Monitoraggio acquisti soluzioni disinfettanti. Standard ≥ 2/anno</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Il consumo di soluzioni disinfettanti idroalcoliche è aumentato nel corso dell'anno 2022 del 10%. E' da notare che dal 2019 è stata disponibile la soluzione in gel che ha il vantaggio di essere dosata in maniera più precisa con minori sprechi pur mantenendo la stessa efficacia disinfettante. Sono state applicate le procedure ed effettuata formazione igiene delle mani alla luce del Documento predisposto dal CRRC nel 2021 "Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani".</p> |
| <p>Attività 5</p> <p>INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE DEGLI UTENTI E DEL PERSONALE 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. Sensibilizzazione di tutto il personale sul lavaggio frequente delle mani. Installazione di nuovi dispositivi di erogazione di gel idroalcolici per utenti, personale e visitatori. INDICATORE : Partecipazione – Standard ≥ 90 %</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Gli utenti e il personale sono stati informati sulle buone pratiche per la prevenzione delle infezioni, in particolare di quella da SARS CoV-2. Idonea formazione e sensibilizzazione degli utenti e del personale è stata operata anche con riguardo all'uso dei DPI per il contrasto e il contenimento della SARS-CoV-2 e per il loro smaltimento.</p> |
| <p>Attività 6</p> <p>PULIZIA E SANIFICAZIONE AMBIENTI Valutazione dell'efficacia del processo di pulizia e sanificazione degli ambienti e delle superfici. Valutazione dei prodotti impiegati. INDICATORE : Verifiche e ispezioni bimestrali. Standard ≥ 6/anno</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Il CC-ICA ha verificato periodicamente, con ispezioni dedicate, l'efficacia delle pulizie e dei prodotti impiegati. Non sono state riscontrate criticità.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Attività 7</p> <p>PROCEDURA GESTIONE BIANCHERIA Valutazione efficacia procedura gestione della biancheria. INDICATORE : Verifiche e ispezioni bimestrali. Standard ≥ 6/anno</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Il CC-ICA, con ispezioni, ha verificato periodicamente la corretta applicazione della procedura di gestione della biancheria. Non sono state riscontrate criticità.</p> |
| <p>Attività 8</p> <p>TEST RAPIDI PREVENTIVI SARS-CoV-2 In aggiunta a quanto disposto dalle Autorità l’Azienda effettuerà test rapidi preventivi periodici di ulteriore screening in attesa dell’esito del tampone molecolare. INDICATORE : Partecipazione Standard = 100%</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> |
| <p>OBIETTIVO C)</p> <p>GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA’ REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</p> | |
| <p>Attività 1</p> <p>PARTECIPAZIONE ATTIVITA’ REGIONALI ICA Partecipazione alle attività regionali in tema di prevenzione e controllo delle ICA, con particolare riguardo alla SARS-CoV-2 . INDICATORE : Partecipazione Standard ≥ 3</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Ricezione delle notifiche, da parte del CRRC, in relazione per comunicazioni o confronti.</p> |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL RISCHIO INFETTIVO 2022

Le azioni poste in essere con riguardo al **Rischio Infettivo** sono state le seguenti.

| | |
|---|---|
| OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO | |
| Attività 1 DISTRIBUZIONE PAICA A TUTTO IL PERSONALE. INDICATORE : Invio a mezzo mail Standard = 100% | REALIZZATA SI |
| Attività' 2 FORMAZIONE 1 Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli operatori sulle tematiche del rischio ICA, in particolare sulla prevenzione e controllo dell'infezione Covid-19. Svolgimento di un corso base di formazione sul tema, obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. Partecipazione a corsi, seminari, convegni. INDICATORE : Esecuzione del corso entro il 31/12/2021. Partecipazione al Corso : Standard ≥ 75% | REALIZZATA SI Tutto il personale ha partecipato ai corsi per le buone pratiche per il contrasto e il contenimento dell'infezione SARS-CoV-2 e sull'uso appropriato dei DPI . Alla luce alla luce del Documento predisposto dal CRRC "Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani" è stato redatto il "Piano di azione locale per l'igiene delle mani" completo di allegati. Tale Documento è stato portato a conoscenza di tutto il personale . |

| | |
|--|--|
| <p>Attività 3</p> <p>FORMAZIONE 2</p> <p>Organizzazione di attività di informazione/formazione del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici.</p> <p>INDICATORE : Riunioni con frequenza trimestrale.</p> <p>Partecipazione - Standard $\geq 75\%$</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Nel corso dell'anno 2022 si sono tenute le riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici. Tali riunioni, tuttavia, per l'attività svolta nella Struttura e l'esigua prescrizione degli antibiotici, non hanno evidenziato particolari problematiche.</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <p>OBIETTIVO B)</p> <p>MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E AL MONITORAGGIO E CONTENIMENTO DELLE ICA</p> | |
| <p>Attività 1</p> <p>ELABORAZIONE/REVISIONE/IMPLEMENTAZIONE DI PROCEDURE PER LA PREVENZIONE DEL SARS-CoV-2</p> <p>La riunione di equipe clinica settimanale sarà focalizzata anche sui fattori di rischio associati alle ICA, predisponendo i miglioramenti organizzativi eventualmente indicati come opportuni.</p> <p>INDICATORE : Riunioni</p> <p>Partecipazione - Standard $\geq 70\%$</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Nel corso delle riunioni settimanali dell'equipe clinica si è tenuto conto anche dei fattori di rischio associati alle ICA.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Attività 2</p> <p>RIUNIONE DI EQUIPE CLINICA SETTIMANALE</p> <p>La riunione di equipe clinica settimanale sarà focalizzata anche sui fattori di rischio associati alle ICA e avendo particolare riguardo all'infezione da SARS-CoV-2, predisposizione miglioramenti organizzativi eventualmente indicati come opportuni.</p> <p>INDICATORE : Partecipazione alle riunioni.</p> <p>Partecipazione - Standard $\geq 70\%$</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Nel corso delle riunioni settimanali dell'equipe clinica si è tenuto conto anche dei fattori di rischio associati alle ICA.</p> |
| <p>Attività 3</p> <p>MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI E MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.</p> <p>INDICATORE : Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici . Monitoraggio consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100gg degenza.</p> <p>Standard ≥ 3/anno</p> <p>Monitoraggio cartelle cliniche</p> <p>Standard ≥ 20</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</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 4</p> <p>MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI SOLUZIONI DISINFETTANTI IDRIALCOLICHE</p> <p>INDICATORE : Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso dei disinfettanti.</p> <p>Standard ≥ 3/anno</p> <p>Monitoraggio acquisti soluzioni disinfettanti.</p> <p>Standard ≥ 2/anno</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Il consumo di soluzioni disinfettanti idroalcoliche è aumentato nel corso dell'anno 2022 del 10%.</p> <p>E' da notare che dal 2019 è stata disponibile 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</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>mani alla luce del Documento predisposto dal CRRC nel 2021 “Piano di intervento Regionale sull’igiene delle mani”.</p> |
| <p>Attività 5 INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE DEGLI UTENTI E DEL PERSONALE</p> <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> <p>Sensibilizzazione di tutto il personale sul lavaggio frequente delle mani.</p> <p>Installazione di nuovi dispositivi di erogazione di gel idroalcolici per utenti, personale e visitatori.</p> <p>INDICATORE : Partecipazione – Standard ≥ 90 %</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Gli utenti e il personale sono stati informati sulle buone pratiche per la prevenzione delle infezioni, in particolare di quella da SARS CoV-2. Idonea formazione e sensibilizzazione degli utenti e del personale è stata operata anche con riguardo all’uso dei DPI per il contrasto e il contenimento della SARS-CoV-2 e per il loro smaltimento.</p> |
| <p>Attività 6 PULIZIA E SANIFICAZIONE AMBIENTI</p> <p>Valutazione dell’efficacia del processo di pulizia e sanificazione degli ambienti e delle superfici.</p> <p>Valutazione dei prodotti impiegati.</p> <p>INDICATORE : Verifiche e ispezioni bimestrali.</p> <p>Standard ≥ 6/anno</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Il CC-ICA ha verificato periodicamente, con ispezioni dedicate, l’efficacia delle pulizie e dei prodotti impiegati. Non sono state riscontrate criticità.</p> |
| <p>Attività 7 PROCEDURA GESTIONE BIANCHERIA</p> <p>Valutazione efficacia procedura gestione della biancheria.</p> <p>INDICATORE : Verifiche e ispezioni bimestrali.</p> <p>Standard ≥ 6/anno</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Il CC-ICA, con ispezioni, ha verificato periodicamente la corretta applicazione della procedura di gestione della biancheria.</p> <p>Non sono state riscontrate criticità.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Attività 8</p> <p>TEST RAPIDI PREVENTIVI SARS-CoV-2</p> <p>In aggiunta a quanto disposto dalle Autorità l'Azienda effettuerà test rapidi preventivi periodici di ulteriore screening in attesa dell'esito del tampone molecolare.</p> <p>INDICATORE : Partecipazione</p> <p>Standard = 100%</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> |
|--|---|

| | |
|---|--|
| <p>OBIETTIVO C)</p> <p>GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</p> | |
| <p>Attività 1</p> <p>PARTECIPAZIONE ATTIVITA' REGIONALI ICA</p> <p>Partecipazione alle attività regionali in tema di prevenzione e controllo delle ICA, con particolare riguardo alla SARS-CoV-2 .</p> <p>INDICATORE : Partecipazione</p> <p>Standard ≥ 3</p> | <p>REALIZZATA</p> <p>SI</p> <p>Ricezione delle notifiche, da parte del CRRC, in relazione per comunicazioni o confronti.</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.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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'2023

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 2023, la implementazione dei seguenti obiettivi strategici :

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.**
- B) Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.**
- C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità della Struttura Sanitaria, individui le attività per raggiungere, entro il 31.12.2023, gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.**
- 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' 2023

Il Piano delle attività che sono previste per l'anno 2023 è in linea con quanto intrapreso nel corso degli anni 2019, 2020 e 2021, 2022, dando continuità ai percorsi di gestione strategica e alla operatività delle linee di attività già precedentemente messe in atto.

In particolare, tenuto conto delle esigenze e delle limitazioni per il contrasto e il contenimento dell'infezione Covid-19 e delle priorità da questa richieste, si tenderà a privilegiare e a sviluppare una formazione prevalentemente sul campo, attraverso AUDIT all'interno della Struttura aziendale. 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 2023 verrà portato a conoscenza degli Amministratori dell'Ente e di tutti gli Operatori Sanitari.● 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>Sarà svolto un corso di formazione dal titolo <i>"Corso base sul Rischio Sanitario"</i>, obbligatorio per tutti gli Operatori Sanitari.</p> <ul style="list-style-type: none">● Progettazione audit.● Esecuzione audit.● Consolidamento del programma segnalazione Incident Report. |

| | |
|---|---|
| <p>ATTIVITA' 2 M</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● 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 <i>“Monitoraggio e Prevenzione delle Infezioni Correlate all’Assistenza”</i>, obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. |
| <p>ATTIVITA' 3 M</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Organizzazione di attività di informazione/formazione degli Operatori sull’uso degli antibiotici. |
| <p>ATTIVITA' 4 M</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Riunione di equipe clinica Settimanale. |
| <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>ATTIVITA' 1 M</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Con riguardo alla emergenza sanitaria CoV-SARS-2 in atto si procederà sulla linea del 2020, 2021 e 2022, nel rispetto di tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale, per garantire la prevenzione, il contenimento e 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. ● Attività di verifica delle procedure avviate. |
| <p>ATTIVITA' 2 M</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti della Struttura. |
| <p>ATTIVITA' 3 FR</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. |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 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' 4 FR | <ul style="list-style-type: none"> ● Attività di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management : saranno esaminate cartelle cliniche dell'anno 2022 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' 5 M | <ul style="list-style-type: none"> ● Cadute : Piano di Prevenzione e Gestione delle Cadute. ● Implementazione della Raccomandazione n. 13 del Ministero della Salute sulla prevenzione delle cadute. ● Attività di verifica della corretta compilazione della Scheda per la valutazione del rischio caduta dell'utente e di eventuali Schede della descrizione e segnalazione caduta. |
| ATTIVITA' 6 M | <ul style="list-style-type: none"> ● Implementazione procedure prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. ● Implementazione della Raccomandazione n. 08 del Ministero della Salute sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori. ● Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. |
| ATTIVITA' 7 M | <ul style="list-style-type: none"> ● Adozione di una Procedura aziendale per la gestione dei reclami e delle segnalazioni. |

| | |
|--------------------------|---|
| OBIETTIVO C) | Implementazione del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani. |
| ATTIVITA' 1 M | <ul style="list-style-type: none"> ● Implementazione delle procedure attraverso il Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del Documento predisposto dal CRRC nel 2021 <i>“Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani”</i>, individui le attività per raggiungere entro il 31.12.2023, gli obiettivi definiti nel Piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi. ● Raggiungimento del Livello “INTERMEDIO” entro la fine del biennio 2021/2023. <p>Si precisa che il livello è :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. Attraverso lo sviluppo di programmi a lungo termine si garantisce che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo (<u>rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura</u>). - AVANZATO : quando la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali. <p>Per ogni azione, la Struttura ha identificato ruoli e responsabilità, definito l'intervallo temporale per l'esecuzione e i momenti in cui effettuare il monitoraggio dello stato di avanzamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Attività degli Osservatori. ● Attività di verifica delle procedure avviate attraverso report degli osservatori nominati. ● Verifica della corretta compilazione della Scheda di Osservazione da parte degli operatori. ● Verifica della implementazione della comunicazione permanente sull'igiene delle mani. |

| | |
|-----------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ● 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"> ● Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso dei disinfettanti e della corretta igiene delle mani. ● Attività di verifica delle procedure avviate. ● Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo di audit. |
| 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. ● Monitoraggio del consumo di antibiotici e miglioramento della appropriatezza prescrittiva. ● Sviluppo 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. |
| 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. ● Attività del Tavolo permanente istituito per la Sicurezza aziendale, coordinato dal Responsabile Sanitario. |
| ATTIVITA' 2 M | Integrare il sistema di Incident Reporting con il Rischio il Rischio di aggressione degli operatori sanitari entro il primo semestre 2023. |

| | |
|--------------------------|---|
| 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 di 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 2023 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 DIFFUSIONE DEL PARS 2023 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' 2 MONITORAGGIO PARS 2023 | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | Direzione Sanitaria | Direzione Aziendale | | |
| | R | C | | |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

| | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------------|--|--|
| | ATTIVITA' 3 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 avendo particolare riguardo all'infezione da SARS-CoV-2 , predisponendo i miglioramenti organizzativi eventualmente indicati come opportuni. Indicatore : Partecipazione alle riunioni. Standard \geq 45 riunioni/anno. Partecipazione : Standard \geq 70% | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | Direzione Sanitaria | Direzione Aziendale | | |
| | R | C | | |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------------|---------------|---|
| | ATTIVITA' 4 PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DEL CORSO DAL TITOLO "CORSO BASE SUL RISCHIO SANITARIO" – entro il 31.12.2023. Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. INDICATORE : Esecuzione del corso entro il 31/12/2023. Partecipazione al Corso : Standard \geq 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 |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

| | | | | |
|--------------------------------------|---|----------------------------|---------------|---|
| | ATTIVITA' 5 PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DEL CORSO DAL TITOLO "MONITORAGGIO E PREVENZIONE DELLE ICA. L'IGIENE DELLE MANI COME STRUMENTO PER PREVENIRE LE ICA" - entro il 31.12.2023. Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. INDICATORE : Esecuzione del corso entro il 31/12/2023. Partecipazione al Corso : Standard \geq 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' 6 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 |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

| | | | | |
|--|--|---------------------|--|--------------------|
| 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. | | | |
| | <p>ATTIVITA' 1 ELABORAZIONE/REVISIONE/IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE E RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE E IL CONTENIMENTO DEL CONTAGIO DA SARS-CoV-2. Implementazione delle procedure per la sicurezza dei pazienti e delle raccomandazioni Ministeriali. Attività di verifica sulle procedure avviate. Indicatore : Riunioni ≥ 4/anno Standard = Partecipazione ≥ 75%</p> | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | Direzione Sanitaria | Direzione Aziendale | Medico competente RSPP Responsab. Personale | 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 |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------|------------------------|--------------------|
| | ATTIVITA' 2 ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITA' PERCEPITA DA PARTE DEGLI UTENTI Indicatore : Valutazione questionari, reclami, segnalazioni Standard = ≥ 10/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 |
| | ATTIVITA' 3 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' 4 PROGRAMMA DI VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA CARTELLA CLINICA COME STRUMENTO DI RISK MANAGEMENT. INDICATORE : Numero di cartelle verificate. Standard ≥ 10 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 | |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

| | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------------|--------------------------------------|---------------|
| | ATTIVITA' 5 PREVENZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI ATTRAVERSO L'ATTIVITA' DEL GRUPPO DI LAVORO ISTITUITO. ATTIVITA' DI FORMAZIONE. 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' 6 PREVENZIONE DELLE CADUTE DEI PAZIENTI. ATTIVITA' E FORMAZIONE. 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' 7 ADOZIONE DI UNA PROCEDURA AZIENDALE PER LA GESTIONE DEI RECLAMNI E DELLE SEGNALAZIONI. INDICATORE : SI | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | Direzione Sanitaria | Direzione Aziendale | | |
| REDAZIONE | C | R | | |
| ADOZIONE | C | R | | |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023**

| | | | | |
|--------------------------------------|---|----------------------------|---------------|----------------------------|
| OBIETTIVO C) | IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL’IGIENE DELLE MANI. | | | |
| | ATTIVITA’ 1 IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE. VERIFICHE OSSERVATORI. Implementazione delle procedure del “Piano di Azione Locale sull’igiene delle mani” che, sulla base dei contenuti del Documento predisposto dal CCRC nel 2021 “Piano di intervento Regionale sull’igiene delle mani”, porti l’Azienda a raggiungere, entro il 31.12.2023, gli obiettivi definiti nel Piano Locale di intervento 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 |
| PROGETTAZIONE PROGRAMMA | R | C | C | C |
| ESECUZIONE PROGRAMMA | C | C | R | C |
| VERIFICHE PROGRAMMA | R | I | C | C |
| REPORT | C | I | C | I |
| | ATTIVITA’ 2 INTEGRARE IL SISTEMA DI INCIDENT REPORTING CON IL RISCHIO DI AGGRESSIONI AGLI OPERATORI SANITARI INDICATORE : SI | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA’ | Direzione Sanitaria | Direzione Aziendale | | |
| ATTUAZIONE | R | C | | |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

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

| | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------|----------|------------------------|
| | ATTIVITA' 1 MONITORAGGIO EPIDEMIOLOGICO SULLE ICA. INDICATORE : Il CC-ICA appoverà 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 |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------|----------|------------------------|
| | ATTIVITA' 2 MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI SOLUZIONE DISINFETTANTE IDRIALCOLICA. 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 OSSERVAZIONE DEL CORRETTO LAVAGGIO DELLE MANI INDICATORE : Numero di osservazioni effettuate Standard ≥ 20 /anno | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | Direzione Sanitaria | Direzione Aziendale | Osservatori | |
| MONITORAGGIO | R | C | C | |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------|----------|--|
| | 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 | Direzione Aziendale | CC-ICA | |
| MONITORAGGIO E VERIFICHE | R | C | C | |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------|----------|--|
| | 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 VALUTAZIONE DELLA EFFICACIA DEL PROCESSO DI PULIZIA E SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI E DELLE SUPERFICI. VALUTAZIONE DEI PRODOTTI IMPIEGATI. INDICATORE : Verifiche ed ispezioni almeno mensili. Standard ≥ 12/anno | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | Direzione Sanitaria | Direzione Aziendale | CC-ICA | |
| MONITORAGGIO E VERIFICHE | R | C | C | |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

| | | | | |
|--------------------------------------|--|---------------------|----------|------------------------|
| | ATTIVITA' 7 PROCEDURA GESTIONE BIANCHERIA. VALUTAZIONE EFFICACIA PROCEDURA GESTIONE BIANCHERIA. VALUTAZIONE DEI MEZZI IMPIEGATI. INDICATORE : Verifiche ed ispezioni almeno mensili. Standard ≥ 12/anno | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | Direzione Sanitaria | Direzione Aziendale | CC-ICA | Medico del Lavoro RSPP |
| MONITORAGGIO E VERIFICHE | R | C | C | C |

| | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|
| 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/PAZIENTI E DEL PERSONALE. In fase di ingresso nella Struttura l'utente/paziente 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 del 2020 e 2021 e 2022 per le informazioni sul corretto uso dei DPI. Sensibilizzazione di tutto il personale sul lavaggio frequente delle mani. Installazione di ulteriori dispositivi di erogazione di gel idroalcolici per utenti, personale e visitatori. INDICATORE : Partecipazione. Standard $\geq 80\%$ | | | |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITA' | Direzione Sanitaria | Direzione Aziendale | CC-ICA | |
| MONITORAGGIO E VERIFICHE | R | C | C | |

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

| | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------------|--|--|
| OBIETTIVO F) | GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' IN TEMA DI RISCHIO SANITARIO. | | | |
| | ATTIVITA' 1 ASSIUCURARE 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 | | |

14. DIFFUSIONE DEL PARS.

COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE.

Il PARS 2023 è approvato ed adottato con deliberazione 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.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

□ 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.

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

15. SICUREZZA FARMACI E DISPOSITIVI

La gestione dei farmaci e dei dispositivi avviene sulla base del “*Protocollo di gestione e somministrazione delle terapie farmacologiche*” all’interno delle Strutture de “Il Brigante S.n.c.”.

16. 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 “Il Brigante S.n.c.” 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.

17. 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*”.
- 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 19 giugno 1999, n. 229 recante “*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*”;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008 n. 81 integrato con il Decreto Legislativo n. 106/2009 recante “*Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro*”;
- Decreto del Ministero della Salute dell’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*”;

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

- 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)”*;
- Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante *“Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio”*;
- 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.
- Decreto del Commissario ad Acta del 22 febbraio 2017 n. U0052 avente ad oggetto Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato *“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”*;
- 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”*;

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 “RESIDENZA DEI PINI”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

- ❑ 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.

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>

IL BRIGANTE S.n.c.

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

S.R.S.R.H24 "RESIDENZA DEI PINI"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2023

ALLEGATI

- ▣ **Approvazione ed adozione del PARS da parte degli amministratori – Atto del 14 febbraio 2023 (Allegato A)**
-

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.e “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

OGGETTO : Approvazione ed adozione del Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS) per l'anno 2023 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.” alla luce di quanto previsto dalla Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25 gennaio 2022.

L'anno 2023 il giorno quattordici del mese di febbraio alle ore 9,40 presso la sede legale della società, in Terracina (LT) – via Badino, 267, gli amministratori, con il presente atto

- 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”*;
- vista 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)”*.

Dato atto che

- con delibera 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, che d'ora in poi prenderà il nome di **Comitato di gestione del Rischio Sanitario**, nonché il Comitato di valutazione sinistri;
- 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 2023;
- è stato istituito il CC-ICA delle Strutture nonché il Gruppo di Lavoro per la elaborazione del Programma di prevenzione e gestione della caduta del paziente.

Considerato che la sicurezza del paziente costituisce la base per una buona assistenza sanitaria e un principio fondamentale del diritto alla salute perseguito dall'ente.

Considerato che l'adempimento in questione è presupposto per l'autorizzazione e accreditamento delle Strutture Aziendali.

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 2023.

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

DELIBERANO

1. di approvare ed adottare il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) per l’anno 2023 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;
2. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo;
3. di dare mandato all’ufficio competente di pubblicare sul sito internet delle Strutture Sanitarie la presente delibera con allegato il rispettivo PARS – anno 2023;
4. di inviare i Documenti al Centro Regionale Rischio Clinico Lazio nei termini;
5. di dare pubblicità al presente atto;
6. di dare mandato ai Responsabili Sanitari, ognuno per la propria Struttura, di esporre e presentare la Procedura a tutti i dipendenti ed operatori.

Gli amministratori

Penelope Subiaco

Margherita Massaroni

