

Sommario

| | |
|--|-----------|
| Introduzione | 3 |
| 1 Scopo e Campo di Applicazione | 3 |
| 2 Riferimenti e requisiti normativi | 3 |
| 3 Termini e Definizioni | 5 |
| 4 Responsabilità | 10 |
| 5 Modalità Operative | 11 |
| 5.1 Contesto Organizzativo e descrizione della struttura | 12 |
| 5.2 Descrizione sintetica delle attività | 12 |
| 5.3 Descrizione degli eventi nell'ultimo triennio (2023) | 13 |
| 5.4 Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio..... | 13 |
| 5.5 Descrizione della posizione assicurativa..... | 13 |
| 5.6 Resoconto Obiettivi e Attività PARM e PAICA | 14 |
| 5.7 Obiettivi e attività..... | 16 |
| 5.7.1 Progettazione ed erogazione del corso di formazione interno riguardante il consenso informato al trattamento sanitario. | 16 |
| 5.7.2 Progettazione e implementazione della campagna per la prevenzione delle cadute del Paziente in struttura. | 18 |
| 5.7.3 Attivazione e messa a punto della procedura di segnalazione degli eventi avversi, delle cadute, delle aggressioni e delle infezioni. | 19 |
| 5.7.4 Progettazione ed erogazione di un corso di formazione interno sulla segnalazione (tutti gli operatori sanitari) e gestione (solo Gruppo di Referenti Rischio Sanitario) informatizzata di Eventi Avversi, Cadute e Aggressioni. | 20 |
| 5.8 Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo..... | 22 |
| 5.8.1 Erogazione di un corso FAD di 34 ore Antibiotico Resistenza mediante la piattaforma Web FAD. | 22 |
| 5.8.2 Progettazione ed erogazione di un corso sulla corretta gestione dell'igiene delle mani | 23 |
| 5.8.3 Progettazione ed implementazione di una campagna di verifica dei protocolli sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani. | 24 |
| 5.9 Criteri di comunicazione e diffusione..... | 26 |

Introduzione

Il presente documento è stato predisposto allo scopo di soddisfare quanto richiesto dalla Direzione Salute e Integrazione Sanitaria della Regione Lazio con Determinazione n. G04112 del 1 Aprile 2014 “Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): Gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CC-ICA)” e, successivamente, dal Centro Regionale Rischio Clinico con le determinazioni n. G01226 del 2 Febbraio 2018 “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della L. 24/2017”, n. G00164 del 11 Gennaio 2019 - Linee Guida per la l’Elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e n. G00643 del 25 Gennaio 2022 – Linee Guida per l’Elaborazione del Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario.

1 Scopo e Campo di Applicazione

Scopo del presente piano è quello di definire le strategie, gli obiettivi, gli ambiti di azione le metodologie, gli strumenti, gli indicatori ed il cronoprogramma delle attività relative alla gestione del rischio sanitario e della sicurezza dei pazienti, relativamente all’anno 2024.

Il presente piano annuale si applica all’attività svolte da tutte le Unità Operative, sia semplici che complesse, del CRT San Benedetto.

Insieme al Riesame di Sistema annuale costituisce la documentazione base per l’elaborazione del Riesame di Sistema Strategico triennale.

2 Riferimenti e requisiti normativi

- ▷ D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- ▷ D.P.R. 14/01/1997: Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- ▷ D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- ▷ D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l’attività libero-professionale dei dirigenti sanitari.
- ▷ D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell’articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- ▷ Decreto del Commissario ad Acta 28 maggio 2013, n U00206 “Nuovo atto di indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio” a seguito del recepimento degli “standard per l’individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010- 2012” elaborati dal Comitato L.E.A..
- ▷ Circolare Ministeriale n.52/1985: “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- ▷ Circolare Ministeriale n. 8/1988: “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”.
- ▷ D.M. 24 luglio 1995: “Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale” GU n. 263, 10 Novembre 1995;
- ▷ PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena;
- ▷ PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all’assistenza sanitaria;
- ▷ Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008;

- ▷ Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131;
- ▷ Libro bianco “Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013”.
- ▷ PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena;
- ▷ PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria;
- ▷ Ministero della Salute - Circolare 52/1985 – Lotta contro le Infezioni Ospedaliere.
- ▷ Ministero della Salute - Circolare 8/1988 – Lotta contro le Infezioni Ospedaliere: la Sorveglianza.
- ▷ Decreto Ministeriale 11 dicembre 2009 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità” (SIMES);
- ▷ Regione Lazio - DCA n. U00480 del 06/12/2013, recante la “Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013 - 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”, ed in particolare l'intervento 18.1 “Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi” e l'intervento 18.6 “Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo”
- ▷ Regione Lazio - Determinazione n. G01424 del 10 Febbraio 2014 con la quale è stato istituito il Gruppo di Lavoro “Comitato Tecnico di Coordinamento Rischio Clinico” avente, tra le altre, la funzione di elaborazione delle LLGG per la redazione del Piano annuale di attività aziendale dei Risk Manager e monitoraggio trimestrale dell'adozione ed attuazione del medesimo Piano Annuale.
- ▷ Regione Lazio - Determinazione n. G04112 del 01 Aprile 2014 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria con la quale sono state approvate le “Linee di indirizzo regionali per la stesura del piano di risk management (PARM): gestione del Rischio Clinico e delle Infezioni Correlate all'Assistenza”.
- ▷ Regione Lazio - Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328: Approvazione delle “Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.
- ▷ 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. (17G00041) (GU Serie Generale n.64 del 17/03/2017).
- ▷ Regione Lazio - Determinazione n. G01226 del 2 Febbraio 2018 “Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della L. 24/2017”.
- ▷ Legge 8 marzo 2017, n. 24. “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”. (17G00041) (GU n.64 del 17-3-2017).
- ▷ Regione Lazio - Determinazione n. G00163 del 11 Gennaio 2019 - Linee Guida per l'Elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA).
- ▷ Regione Lazio - Determinazione n. G00164 del 11 Gennaio 2019 - Linee Guida per la l'Elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM).
- ▷ Istituto Superiore di Sanità - Indicazioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 negli hospice e nelle cure palliative domiciliari.
- ▷ Regione Lazio - Determinazione n. G00643 del 25 Gennaio 2022 - Adozione del “Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS).

3 Termini e Definizioni

- ▶ *Approvazione* (di un documento): autorizzazione all'applicazione del documento e definizione della data di entrata in vigore; prevede la valutazione dell'adeguatezza dei contenuti tecnico-operativi dei documenti e della conformità degli stessi alla normativa cogente.
- ▶ *Accessibilità*: La possibilità per gli utenti di accedere e/o utilizzare i servizi, nel luogo e nei tempi appropriati, in funzione dei bisogni e indipendentemente dalle caratteristiche individuali, sociali ed economiche
- ▶ *Accreditamento*: Processo formale attraverso il quale un ente o un organismo valuta, riconosce ed attesta che un servizio o un'istituzione corrispondano a standard predefiniti
 Accreditamento volontario: (detto anche accreditamento professionale tra pari) Processo promosso autonomamente da gruppi professionali e da società scientifiche, al fine di garantire un costante adeguamento dei livelli professionali
 Accreditamento istituzionale: Riconoscimento pubblico del possesso dei requisiti previsti dagli standard nazionali/regionali per i potenziali erogatori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale/regionale.
- ▶ *Analisi delle barriere*: Metodo strutturato per correlare gli eventi alle insufficienze del sistema e studia le barriere che possono prevenire o ridurre un evento indesiderato
- ▶ *Analisi delle cause profonde* (o *cause radice – Root Cause Analysis*): Metodologia di indagine sistematica per la ricerca ed identificazione dei fattori primari che causano variazioni della performance o che contribuiscono al verificarsi di un evento avverso. Serve ad indagare le radici di un problema, al fine di identificare le soluzioni più appropriate.

Essa comprende:

- la determinazione di fattori umani e di altra natura,
- la determinazione dei processi e sistemi correlati
- l'analisi, attraverso una serie di perché, dei sottostanti sistemi di causa effetto,
- l'identificazione dei rischi e dei loro determinanti,
- la determinazione dei potenziali miglioramenti nei processi e nei sistemi Per essere affidabile l'analisi deve:
- prevedere la partecipazione dei dirigenti e di tutti gli operatori coinvolti,
- essere coerente in tutte le fasi,
- fare riferimento alla letteratura.

Nella effettuazione della analisi vanno tenute in considerazione le 5 regole seguenti:

- debbono essere chiare le relazioni di causa ed effetto,
 - non devono essere usati, nelle descrizioni, attributi negativi che non spiegano adeguatamente i fenomeni (es. inadeguato, povero),
 - ogni errore umano deve essere associato alla relativa causa,
 - ogni deviazione dalle procedure deve essere associata alla relativa causa,
 - devono essere considerate nell'analisi solo le azioni formalmente previste.
- ▶ *Analisi delle modalità e degli effetti della vulnerabilità del sistema (FMEA)*: Metodologia di identificazione e valutazione dei rischi attuata in 5 fasi, condotta preferibilmente da un gruppo multidisciplinare, volta a valutare in modo proattivo un processo sanitario. Tra gli strumenti utilizzati per l'accertamento della vulnerabilità del sistema si citano il diagramma di flusso, la matrice di pesatura dei rischi e l'albero decisionale della FMEA.

Sulla base dei risultati della analisi viene prodotto il piano di azione per identificare, ridurre e prevenire l'impatto di potenziali fattori di rischio. La FMEA è un metodo di valutazione qualitativa, basato sull'analisi simultanea delle vulnerabilità (fattori di rischio) del sistema, delle relative conseguenze e dei

fattori associati ad esse. L'attribuzione di un indice di rischio, in base alla stima della gravità delle relative conseguenze, della loro probabilità di accadimento e della possibilità di essere rilevato, consente un confronto anche quantitativo (in tal caso viene denominata FMECA.) L'applicazione della FMEA all'ambito sanitario viene denominata HFMEA (Health Failure Mode and Effect Analysis)

- ▶ *Analisi di processo*: Descrizione e valutazione sistematica della sequenza di attività di un processo, nella loro successione logico-temporale, identificando eventuali scostamenti rispetto al modello di riferimento
- ▶ *Analisi proattiva*: Approccio preventivo al sistema per evitare che si verifichino eventi avversi, attraverso l'applicazione di metodi e strumenti per identificarne ed eliminarne le criticità
- ▶ *Analisi reattiva*: Studio a posteriori degli eventi avversi, mirato ad individuare le cause che hanno permesso il loro verificarsi
- ▶ *Approccio sistemico*: L'approccio alla gestione del rischio prevede una visione sistemica che prende in considerazione tutte le componenti dell'organizzazione sanitaria. Parte dal presupposto che l'organizzazione sanitaria è un sistema complesso e adattativi in cui interagiscono un insieme di elementi interdipendenti (persone, processi, attrezzature) per raggiungere un obiettivo comune
- ▶ *Appropriatezza*: L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.
- ▶ *Audit clinico*: Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico dell'assistenza prestata con criteri espliciti, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di *best practice*, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.
- ▶ *Causa*: Fattore antecedente necessario e sufficiente per il determinarsi di un evento, effetto, risultato od esito
- ▶ *Competenza*: È la "messa in atto" di comportamenti che consentono di eseguire con sicurezza ed efficacia le specifiche attività professionali, ottenendo esiti compatibili con *best practice* o *standard* di qualità definiti. Ciò richiede conoscenze, attitudini, appropriati atteggiamenti e abilità intellettuali e psicomotorie.
- ▶ *Competenza del personale*: capacità di eseguire una prestazione secondo gli standard di qualità richiesti dal sistema. Il giudizio di competenza include: conoscenza ed abilità clinica, capacità di giudizio, unitamente a capacità di comunicazione, condotta personale ed etica professionale. Competenza del paziente: capacità di affrontare le situazioni che riguardano il suo processo assistenziale, ad es. prendere decisioni, fornire o rifiutare il consenso.
- ▶ *Consenso informato*: Processo con cui il paziente o chi lo rappresenta (genitori, tutore), sulla base delle informazioni ricevute rispetto ai rischi e benefici che derivano dal sottoporsi o meno ad un atto medico, fornisce il suo consenso alla esecuzione delle stesse. Per garantire il "consenso informato" gli operatori debbono fornire le sufficienti informazioni sul trattamento proposto e le alternative possibili per permettere al paziente di esercitare autonomamente e consapevolmente la scelta, che, se del caso, deve essere documentata (forma scritta o prova testimoniale).
- ▶ *Cultura della Responsabilità (just culture)*: La cultura della responsabilità è fondata su una distinzione chiara e condivisa fra ciò che può essere considerato un comportamento accettabile e non accettabile. Richiede che le organizzazioni creino un clima di fiducia in cui le persone si sentano corresponsabili nel garantire la sicurezza dei pazienti e forniscano informazioni essenziali ad essa correlate. Una "cultura della responsabilità" riconosce che il singolo professionista non deve essere ritenuto responsabile per difetti del sistema, su cui non ha controllo, ma non ammette comportamenti coscientemente imprudenti, rischiosi per i pazienti o gravemente scorretti
- ▶ *Cultura della sicurezza*: Impegno per la sicurezza che coinvolge tutti i livelli di un'organizzazione, dalla direzione al personale in prima linea.
- ▶ *Modello integrato di comportamenti individuali ed organizzativi* basato su convinzioni e valori condivisi volto a promuovere la sicurezza dei pazienti. I fondamenti sono:

- la conoscenza dei rischi delle attività,
 - la realizzazione di ambiente che favorisca la segnalazione degli errori da parte degli operatori, senza timore di biasimo e punizioni,
 - la collaborazione a tutti i livelli, per cercare soluzioni alle vulnerabilità,
 - l’impegno dell’intera organizzazione, a partire dalla direzione, ad investire risorse nella sicurezza.
- ▶ *Danno*: Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore)
 - ▶ *Disabilità*: Qualsiasi tipo di alterazione di parte del corpo o di una sua funzione che comporta una limitazione delle attività e/o una restrizione alla partecipazione alla vita sociale
 - ▶ *Empowerment del paziente*: Processo con cui il paziente viene aiutato ad acquisire consapevolezza circa la propria salute e ad assumerne piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura, condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti
 - ▶ *Errore*: Fallimento nella pianificazione e/o nell’esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell’obiettivo desiderato.
 - ▶ *Errori attivi*: Azioni o decisioni pericolose commesse da coloro che sono in contatto diretto con il paziente. Sono più facilmente individuabili, hanno conseguenze immediate
 - ▶ *Errori latenti*: Condizioni presenti nel sistema determinate da azioni o decisioni manageriali, da norme e modalità organizzative e quindi correlate ad attività compiute in tempi e spazi lontani rispetto al momento e al luogo reale dell’incidente. Un errore può restare latente nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidente solo quando si combina con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso
 - ▶ *Errore di commissione*: Errore che si verifica come risultato di un’azione che non doveva essere eseguita
 - ▶ *Errore di esecuzione*: Fallimento degli obiettivi prefissati a causa di una errata esecuzione di azioni, adeguatamente pianificate. Spesso accadono nell’esecuzione automatica di compiti di routine.
 - ▶ *Errore d’attenzione o di percezione (slip)*: Errore nell’esecuzione di una sequenza di azioni dovuto ad un deficit di attenzione o di percezione.
 - ▶ *Errore di memoria (lapse)*: Errore dovuto a deficit di memoria
 - ▶ *Errore di giudizio (mistake)*: Incorre nella formulazione di un giudizio, si manifesta nei processi inferenziali coinvolti nella analisi di un problema, nella selezione di un obiettivo o nella esplicitazione dei mezzi per raggiungerlo. Può essere dovuto a scelta di regole errate o a conoscenze inadeguate
 - ▶ *Errore di omissione*: Mancata esecuzione di un’azione che doveva essere eseguita
 - ▶ *Errore di pianificazione (mistake)*: Mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati a causa di una errata pianificazione
 - ▶ *Errore in terapia (medication error)*: Qualsiasi errore che si verifica nel processo di gestione del farmaco e può essere rappresentato da:
 - *Errore di prescrizione*: Riguarda sia la decisione di prescrivere un farmaco sia la scrittura della prescrizione.
 - *Errore di trascrizione/interpretazione*: Riguarda la errata comprensione di parte o della totalità della prescrizione medica e/o delle abbreviazioni e/o di scrittura.
 - *Errore di etichettatura/confezionamento*: Riguarda le etichette ed il confezionamento che possono generare scambi di farmaci.
 - *Errore di allestimento/preparazione*: Avviene nella fase di preparazione o di manipolazione di un farmaco prima della somministrazione (per esempio diluizione non corretta, mescolanza di farmaci incompatibili), può accadere sia quando il farmaco è preparato dagli operatori sanitari sia quando è preparato dal paziente stesso.
 - *Errore di distribuzione*: Avviene nella fase di distribuzione del farmaco, quando questo è distribuito dalla farmacia alle unità operative o ai pazienti.

- *Errore di somministrazione*: Avviene nella fase di somministrazione della terapia, da parte degli operatori sanitari o di altre persone di assistenza, o quando il farmaco viene assunto autonomamente dal paziente stesso.
- ▶ *Esito (Outcome)*: Modificazione delle condizioni di salute come prodotto degli interventi sanitari erogati.
- ▶ *Evento (Incident)*: Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente
- ▶ *Evento avverso (Adverse event)*: 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”
- ▶ *Evento avverso da farmaco (Adverse drug event)*: Qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell’uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all’azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono: eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi da farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l’uso appropriato, definiti come “reazioni avverse a farmaci” (ADR)
- ▶ *Evento evitato (Near miss o close call)*: Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- ▶ *Evento sentinella (Sentinel event)*: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna a) un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l’implementazione delle adeguate misure correttive.
- ▶ *Fallimento delle difese/controllo*: Il venir meno della capacità dei dispositivi o delle procedure di controllo o delle barriere di protezione.
- ▶ *Farmaci ad alto rischio*: Sono quei farmaci che hanno un rischio elevatissimo di provocare danni significativi ai pazienti quando vengono usati in modo inappropriato.
- ▶ *Farmacovigilanza*: Insieme di attività finalizzate alla valutazione continuativa di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare, per tutti i farmaci in commercio, un rapporto rischio/beneficio favorevole per la popolazione.
- ▶ *Fattori favorenti*: Fattori antecedenti all’evento, che ne favoriscono il verificarsi o ne aggravano l’esito. Talvolta sono usati come sinonimi di errori latenti.
- ▶ *Fattori mitiganti*: Fattori, identificabili sia in azioni che in omissioni, anche casuali e fortuiti, che possono alleviare o minimizzare un esito altrimenti più grave.
- ▶ *Fattori umani*: Termine utilizzato come sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti.
- ▶ *Gestione del farmaco*: L’insieme dei processi interdipendenti che condividono l’obiettivo di sicurezza, efficacia, appropriatezza ed efficiente erogazione della terapia farmacologica ai pazienti. I principali processi di questo sistema sono: selezione e approvvigionamento, stoccaggio, prescrizione e trascrizione, preparazione e distribuzione, somministrazione e monitoraggio degli effetti, smaltimento.
- ▶ *Gestione del rischio clinico (Clinical Risk Management)*: 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.
- ▶ *Governo clinico*: 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 (Scally G, Donaldson L J, BMJ, 4 July 1998).
- ▶ *Gravità*: Misura del danno conseguente ad un evento avverso effettuata sulla base di scale predefinite.

- ▶ *Guasto*: La cessazione della capacità di una tecnologia biomedica, ovvero di un suo accessorio, ad eseguire una delle funzioni richieste.
- ▶ *Hazard*: Fonte potenziale di danno.
- ▶ *Lapsus*: Errori di esecuzione che risultano da azioni compiute diversamente rispetto all'intenzione a causa di deficit di memoria.
- ▶ *Linee guida basate sulle evidenze*: Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare clinici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche. La loro adozione consente di ridurre la variabilità nella pratica clinica ed a migliorare gli esiti di salute.
- ▶ *Misura del rischio*: Valutazione statistica della correlazione tra il fenomeno osservato ed una o più variabili (fattori di rischio).
- ▶ *Monitoraggio*: Verifica dell'evoluzione di un fenomeno, attraverso misurazioni ripetute e/o continuative e l'utilizzo di indicatori.
- ▶ *Near miss* (vedi Evento evitato).
- ▶ *Processo*: Sequenza di attività interconnesse finalizzate alla realizzazione di un obiettivo definito
- ▶ *Qualità dei servizi sanitari*: Capacità di soddisfare, in uno specifico contesto, i bisogni di salute di una popolazione, secondo le evidenze scientifiche e le risorse disponibili
- ▶ *Reazione avversa a farmaco (Adverse Drug Reaction)*: Risposta ad un farmaco, indesiderata, involontaria, nociva e non prevenibile, che si verifica alle dosi normalmente usate nell'uomo per la profilassi, la diagnosi, la terapia o per ripristinare, correggere o modificare le funzioni fisiologiche
- ▶ *Reclamo*: Espressione di una insoddisfazione nei confronti di una prestazione sanitaria, relativamente al risultato atteso, che può essere avanzata sia in forma orale che scritta e può essere rilevata attraverso flussi informativi specifici o indagini ad hoc, al fine sia di tutelare la salute dei cittadini sia di garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari
- ▶ *Rischio (Risk)*: 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 (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K)
- ▶ *Segnalazioni obbligatorie (Mandatory reporting)*: Sistemi di segnalazione istituiti e/o regolamentati da norme che prevedono la rilevazione di specifici eventi avversi
- ▶ *Segnalazioni volontarie (Voluntary reporting)*: Sistemi di segnalazione, non regolati da norme, caratterizzati dalla rilevazione spontanea di qualunque tipo di evento avverso
- ▶ *Sicurezza del paziente (Patient safety)*: 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
- ▶ *Sicurezza nell'uso dei farmaci (Medication safety)*: Insieme di azioni adottate, nel percorso di gestione del farmaco, per evitare, prevenire o correggere gli eventi avversi che possono derivare dall'uso di farmaci
- ▶ *Sistema*: Complesso di fattori intercorrelati, umani e non, che interagiscono per raggiungere uno scopo comune. Per sistema sanitario si intende l'insieme delle attività il cui scopo primario è quello di promuovere, recuperare o mantenere lo stato di salute
- ▶ *Sistemi ad alta affidabilità*: Sistemi ed organizzazioni che operano in condizioni di elevato rischio ma che hanno pochi selezionati eventi avversi, quali ad esempio i sistemi di controllo del traffico aereo e gli impianti di produzione di energia nucleare. Nella letteratura sulla sicurezza del paziente, le organizzazioni ad alta affidabilità vengono considerate per la capacità di garantire prestazioni efficaci e di sicurezza

con risultati vicini ad errore zero (e non soltanto superiori alla media) nonostante operino in ambienti imprevedibili ed in organizzazioni intrinsecamente rischiose

- ▶ *Sistema di segnalazione degli incidenti (Incident reporting)*: È una modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi, errori, near miss, rischi e condizioni non sicure, effettuata volontariamente od obbligatoriamente dagli operatori, con le seguenti caratteristiche:
 - non punitivo: chi segnala non è oggetto di ritorsioni o punizioni, come risultato della propria segnalazione;
 - confidenziale: l'identità del paziente, di chi segnala e delle istituzioni coinvolte non è mai rivelata a terzi;
 - indipendente: il sistema non dipende da alcuna autorità con potere di punire chi segnala o l'organizzazione coinvolta nell'evento;
 - analizzato da esperti: le segnalazioni sono valutate da esperti in grado di capire le circostanze e formati per riconoscere le cause sistemiche sottostanti;
 - tempestivo: le segnalazioni sono analizzate tempestivamente e le raccomandazioni sono diffuse rapidamente tra gli interessati, specialmente nel caso di eventi gravi;
 - orientato al sistema: fornisce informazioni al fine di produrre raccomandazioni per il cambiamento nei sistemi, nei processi o nei prodotti;
 - rispondente: chi raccoglie le segnalazioni deve essere in grado di diffondere le raccomandazioni e promuoverne l'applicazione nell'organizzazione.
- ▶ *Sorveglianza (Surveillance)*: Monitoraggio nel tempo di un fenomeno, che utilizza tutte le fonti informative disponibili, in particolare i flussi informativi correnti e i sistemi di rilevazione istituiti ad hoc. Nel caso specifico degli eventi avversi vengono considerati anche i reclami degli utenti e i procedimenti legali in corso.
- ▶ *Stakeholders*: Portatori di interessi, soggetti che influenzano a qualche titolo il processo o il sistema considerato. In sanità si considerano, tra gli altri: l'utenza dei servizi, le organizzazioni dei cittadini, le associazioni di volontariato, la comunità, i dipendenti e le loro organizzazioni, gli amministratori pubblici, i fornitori, gli assicuratori.
- ▶ *Valutazione del rischio (Risk assessment)*: Processo di identificazione dello spettro dei rischi, intrinseci ed estrinseci, insiti in un'attività sanitaria, di analisi e misura della probabilità di accadimento e del potenziale impatto in termini di danno al paziente, di determinazione del livello di capacità di controllo e gestione da parte dell'organizzazione, di valutazione delle opportunità, in termini di rischio/beneficio e costo/beneficio. Per assicurare la considerazione di tutti i rischi è utile adottare un approccio multidisciplinare.

4 Responsabilità

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità:

- a. Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;
- b. Quella dell'Alta Direzione che si impegna ad adottarlo con Deliberazione ed a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive (ad esempio la definizione di specifici obiettivi di budget), per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

Di seguito la matrice delle responsabilità del PARS del CRT San Benedetto:

| AZIONE | RM | DS | DG | RGSQ |
|---|----|----|----|------|
| REDAZIONE PARS (ECCETTO SEZIONI: 5.3, 5.4, 5.5 E 5.8) | R | C | C | C |
| REDAZIONE SEZIONI 5.3 E 5.4. e 5.5 | C | C | I | C |

| AZIONE | RM | DS | DG | RGSQ |
|--|----|----|----|------|
| REDAZIONE SEZIONE 5.8 | C | R | I | C |
| ADOZIONE PARS CON DELIBERAZIONE | I | I | R | C |
| MONITORAGGIO DEL PARS (ECETTO SEZIONE 5.8) | R | C | I | C |
| MONITORAGGIO SEZIONE 5.8 | C | R | I | C |

5 Modalità Operative

Gli studi riportati sulla letteratura scientifica internazionale evidenziano come il problema degli eventi avversi (errori) in sanità rappresenti una vera e propria emergenza che ha come conseguenza costi elevati sia in termini di vite umane che economici. L'evento avverso viene definito come un "Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile" ed è compito delle organizzazioni sanitarie intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure da tale tipologia di eventi.

Tuttavia gli errori sono insiti nei sistemi complessi e la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente sorvegliata e le criticità individuate affrontate secondo un approccio multidimensionale, che consideri ed integri vari aspetti, quali:

- ▷ il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi,
- ▷ l'elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza,
- ▷ il coinvolgimento di pazienti e cittadini,
- ▷ la formazione degli operatori sanitari,
- ▷ l'analisi delle interferenze e delle criticità dovute ad aspetti di sicurezza diversi da quelli propri dell'ambito medico.

Accanto all'emergenza dovuta agli eventi avversi l'altro fattore che incide significativamente sulla qualità e sicurezza delle cure è rappresentato dalle infezioni correlate all'assistenza (ICA), cioè dalle infezioni acquisite dal Paziente in tutti gli ambiti assistenziali, inclusi ospedali per acuti, day-hospital/day-surgery, lungodegenze, ambulatori, assistenza domiciliare, strutture residenziali territoriali: di fatto, sono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria.

La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l'apparato respiratorio, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere.

Anche le ICA hanno un impatto clinico ed economico rilevante, provocando un prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, un carico economico aggiuntivo per i sistemi sanitari e per i pazienti e le loro famiglie e una significativa mortalità in eccesso.

La prevenzione e il controllo delle ICA rappresentano quindi degli interventi irrinunciabili per ridurre l'impatto delle infezioni e più in generale per ridurre la diffusione dei microrganismi antibiotico-resistenti.

Uno dei punti cruciali per il contrasto alle ICA è la definizione e l'applicazione di buone pratiche di assistenza e di altre misure, secondo un programma integrato che deve essere adattato a ogni ambito assistenziale.

La prevenzione in ambito assistenziale richiede comportamenti costantemente corretti da parte degli operatori sanitari e da chiunque frequenti questi ambienti. La mancata conoscenza delle regole o la disattenzione possono portare a comportamenti scorretti, potenziale causa di trasmissione di batteri patogeni e di conseguenti ICA.

Nel caso delle ICA sono importanti anche adeguati interventi di controllo, quali l'immediata identificazione dei casi e della modalità di trasmissione (mediante indagini epidemiologiche), il loro adeguato trattamento,

l'eventuale isolamento dagli altri pazienti, il rinforzo delle misure che già di norma devono essere adottate per evitare la trasmissione tra i pazienti.

In conseguenza delle sintetiche considerazioni precedenti e di quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale, la Gestione del Rischio Sanitario così come concepito dalla Cliniche Moderne S.p.A. – Casa di Cura S. Marco, è parte fondamentale del buon Governo Clinico ed è articolata sul rispetto delle seguenti raccomandazioni:

- ▷ individuazione di un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- ▷ elaborazione di direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori e delle infezioni;
- ▷ promozione di eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- ▷ promozione della segnalazione sia degli eventi avversi, delle infezioni e soprattutto dei near miss;
- ▷ sperimentazione, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- ▷ monitoraggio periodico della gestione delle segnalazioni, atto e garantire un feed-back informativo significativo per i soggetti segnalanti;
- ▷ la definizione di misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- ▷ lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza;
- ▷ la sorveglianza epidemiologica finalizzata non solo a quantificare il carico delle malattie infettive, ma anche al riconoscimento dei determinanti e dei rischi per la valutazione dell'impatto degli interventi di prevenzione;
- ▷ lo sviluppo di un'organizzazione per le emergenze infettive fondata sia sulle azioni di prevenzione (mirate alla riduzione dei rischi) sia sugli interventi di preparazione alle emergenze.

5.1 Contesto Organizzativo e descrizione della struttura

5.2 Descrizione sintetica delle attività

Le attività svolte all'interno del CRT San Benedetto riguardano la Riabilitazione Territoriale.

La struttura è stata autorizzata a dicembre 2023 e non ha effettuato prestazioni nel corso dell'anno.

| | | | | | | | | |
|---|-----------------|----------------------|--|----------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Numero di posti letto ordinari (TOTALE) | | 30 | Numero di posti letto Day-Surgery (TOTALE) | | | | | |
| Autorizzati | | 30 | Accreditati | | - | | | |
| 2018 | Numero sinistri | <input type="text"/> | Numero (Quasi)-Eventi Avversi | <input type="text"/> | Numero Eventi Avversi | <input type="text"/> | Numero Eventi Sentinella | <input type="text"/> |
| 2019 | Numero sinistri | <input type="text"/> | Numero (Quasi)-Eventi Avversi | <input type="text"/> | Numero Eventi Avversi | <input type="text"/> | Numero Eventi Sentinella | <input type="text"/> |
| 2020 | Numero sinistri | <input type="text"/> | Numero (Quasi)-Eventi Avversi | <input type="text"/> | Numero Eventi Avversi | <input type="text"/> | Numero Eventi Sentinella | <input type="text"/> |
| 2021 | Numero sinistri | <input type="text"/> | Numero (Quasi)-Eventi Avversi | <input type="text"/> | Numero Eventi Avversi | <input type="text"/> | Numero Eventi Sentinella | 0 |

Indicatori di diagnostica e controllo utilizzati per la sorveglianza e prevenzione ICA

- ▷ Procedure di prevenzione delle infezioni da catetere sia vescicale che venoso (periferico e CVC).
- ▷ In caso di sospetta infezione (Clostridium Difficilis, TBC, etc.), attivazione delle procedure di isolamento del paziente.
- ▷ Controllo Clostridium Difficilis – Sintomatologia del paziente (diarrea, compromissione dello stato generale, febbre)
- ▷ Controllo Clostridium Difficilis – Ricerca antigene e tossine fecali

- ▷ Controllo TBC – Sintomatologia del paziente (sintomi respiratori, funzionalità respiratoria, tosse/espettorato, etc.)
- ▷ Controllo TBC – TAC Low Dose del torace
- ▷ Controllo TBC – Ricerca del BC nell'espettorato
- ▷ Test della tubercolina

5.3 Descrizione degli eventi nell'ultimo triennio (2023)

La struttura è stata autorizzata a dicembre 2023 e non ha effettuato prestazioni nel corso dell'anno.

| TIPO DI EVENTO | NUMERO | PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/CONTRIBUENTI | AZIONI DI MIGLIORAMENTO | FONTE DEL DATO |
|----------------|--------|---|------------------------------|--|
| EVENTO AVVERSO | (%) | OPERATIVI (0%) | PROCEDURE/COMUNICAZIONE (0%) | Sistemi di Segnalazione Informatizzati |
| EVENTO AVVERSO | (%) | ORGANIZZATIVI (50%) PROCEDURE/COMUNICAZIONE (0%) | PROCEDURE/COMUNICAZIONE (0%) | Sistemi di Segnalazione Informatizzati |
| NEAR MISS | (%) | ORGANIZZATIVI (35%) PROCEDURE/COMUNICAZIONE (0%) | PROCEDURE/COMUNICAZIONE (0%) | Sistemi di Segnalazione Informatizzati |
| | | | | |

5.4 Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

La struttura è stata autorizzata a dicembre 2023 e non ha effettuato prestazioni nel corso dell'anno.

| ANNO | NUMERO SINISTRI APERTI ^(A) | NUMERO SINISTRI LIQUIDATI ^(A) | RISARCIMENTI EROGATI ^(A) |
|--------|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| 2023 | | | |
| 2024 | | | |
| 2025 | | | |
| 2026 | | | |
| 2027 | | | |
| TOTALE | | | |

5.5 Descrizione della posizione assicurativa

| ANNO | |
|------|---|
| 2023 | La società è in modalità di assicurazione n° polizza 430374413 - Generali |
| 2024 | La società è in modalità di assicurazione n° polizza 430374413 - Generali |
| 2025 | La società è in modalità di assicurazione n° polizza 430374413 - Generali |
| 2026 | La società è in modalità di assicurazione n° polizza |

5.6 Resoconto Obiettivi e Attività PARM e PAICA

La struttura è stata autorizzata a dicembre 2023 e non ha effettuato prestazioni nel corso dell'anno.

N.B. i requisiti riguardanti la revisione delle procedure o il recepimento/implementazione dei documenti regionali di indirizzo applicabili non sono elencati in accordo con la nota della Determina della Regione Lazio riguardante le attività che non possono concorrere al raggiungimento del numero minimo di cinque attività

OBIETTIVO PARM: Erogazione di un corso di formazione interno sul consenso informato al trattamento dei dati personali

| ATTIVITÀ | REALIZZATA | STATO DI ATTUAZIONE |
|-------------------------------------|------------|---------------------|
| Definizione del piano di formazione | SI | Completato |
| Progettazione corso | SI | Da avviare |
| Definizione dei Casi di Studio | NO | Riproposto. |
| Erogazione del corso | NO | Riproposto. |
| Esecuzione dei Test di Valutazione | NO | Riproposto. |
| Monitoraggio | NO | Riproposto. |
| Analisi dei risultati del corso | NO | Riproposto. |
| | | |

OBIETTIVO PARM: Predisposizione del protocollo integrato “Gestione Malattia Covid-19”

| ATTIVITÀ | REALIZZATA | STATO DI ATTUAZIONE |
|---|------------|------------------------|
| Formazione del Gruppo di Lavoro comprendente i Medici Responsabili e i Coordinatori infermieristici di UO, il Risk Manager e il RSPP. | SI | Completato |
| Raccolta della documentazione | SI | Completato |
| Revisione del Protocollo Covid-19 | SI | Completato |
| Distribuzione del protocollo integrato con questionario di comprensione a tutto il personale. | SI | Completato |
| Verifica della lettura del documento e dei risultati del questionario di comprensione. | SI | Completato |
| Training e/o re-training del personale che non dovesse aver correttamente risposto al questionario di comprensione. | SI | Completato |
| Verifica dell'applicazione del protocollo | SI | Monitoraggio continuo. |
| | | |

OBIETTIVO PAICA: Erogazione di un corso FAD di 34 ore Antibiotico Resistenza mediante piattaforma Web FAD, con riconoscimento di 50 crediti formativi ECM (Riproposto senza il riconoscimento dei 50 crediti ECM)

| ATTIVITÀ | REALIZZATA | STATO DI ATTUAZIONE |
|-----------------------------------|------------|---------------------|
| Definizione dell'evento formativo | NO | Riproposto. |
| Identificazione dei discenti | NO | Riproposto. |
| Iscrizione dei discenti | NO | Riproposto. |
| Erogazione del corso | NO | Riproposto. |

OBIETTIVO PAI-CA: Erogazione di un corso FAD di 34 ore Antibiotico Resistenza mediante piattaforma Web FAD, con riconoscimento di 50 crediti formativi ECM (Riproposto senza il riconoscimento dei 50 crediti ECM)

| ATTIVITÀ | REALIZZATA | STATO DI ATTUAZIONE |
|------------------------------------|------------|---------------------|
| Esecuzione dei Test di Valutazione | NO | Riproposto. |
| Monitoraggio | NO | Riproposto. |
| Analisi dei risultati del corso | NO | Riproposto. |
| | | |

5.7 Obiettivi e attività

In relazione ai dati analizzati, alle criticità evidenziate nelle sezioni precedenti ed in ragione delle priorità individuate, sono stati definiti per l'anno 2024 i seguenti obiettivi per il Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario.

1. Diffusione della cultura della sicurezza delle cure.
 - 1.1. Progettazione ed erogazione del corso di formazione interno riguardante il consenso informato al trattamento sanitario.
2. Miglioramento dell'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.
 - 2.1. Progettazione e implementazione della campagna per la prevenzione delle cadute del Paziente in ospedale.
 - 2.2. Attivazione e messa a punto della procedura di segnalazione degli eventi avversi, delle cadute, delle aggressioni e delle infezioni mediante l'applicativo Rischio Clinico.
3. Promozione di una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
 - 3.1. Progettazione ed erogazione di un corso di formazione interno sulla segnalazione (tutti gli operatori sanitari) e gestione (solo Gruppo di Gestione Rischio Sanitario) informatizzata di Eventi Avversi, Cadute e Aggressioni.
 - 3.2. Progettazione ed erogazione di un corso di formazione interno sulla segnalazione (tutti gli operatori sanitari) e gestione (solo Gruppo di Gestione Rischio Sanitario) informatizzata delle infezioni.

5.7.1 Progettazione ed erogazione del corso di formazione interno riguardante il consenso informato al trattamento sanitario.

| | |
|----------------------|---|
| SCOPO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diffondere tra il personale consapevolezza dell'importanza della corretta e completa informazione del/della Paziente sul trattamento sanitario al quale dovrà essere sottoposto. ▶ Rendere consapevole il personale delle nozioni fondamentali sulla composizione della parte informativa del documento. ▶ Istruire il personale medico sulle corrette modalità di somministrazione dell'informativa al trattamento sanitario. ▶ Istruire il personale medico sulle corrette modalità di acquisizione del consenso al trattamento sanitario. |
| METODOLOGIA | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lezioni frontali. ▶ Analisi di Casi di Studio. |
| STRUMENTO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Svolgimento di esercitazioni pratiche. ▶ Test di apprendimento. |
| INDICATORE | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Numero di dipendenti/collaboratori formati. ▶ Gradimento del Corso. ▶ Valutazione di apprendimento media. |
| VALORE ATTESO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 90% di dipendenti/collaboratori formati entro il 31/12/2024. ▶ Gradimento del corso "SODDISFATTO" per il 75% dei dipendenti/collaboratori formati. ▶ Valutazione di apprendimento "BUONA" per il 75% dei dipendenti/collaboratori formati. |
| MONITORAGGIO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verifica dell'avanzamento del corso 30 giorni prima della sua conclusione. ▶ Rivalutazione a campione dei dipendenti/collaboratori formati. |
| COMUNICAZIONE | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Report sul piano di formazione alla Direzione Generale entro il 31/12/2024. |

| RESPONSABILITÀ | ATTIVITÀ | RISK MANAGER | UFFICIO FORMAZIONE | ALTRI (SOCIETÀ DI CONSULENZA) |
|----------------|-------------------------------------|--------------|--------------------|-------------------------------|
| | Definizione del piano di formazione | R | | C |
| | Progettazione corso | R | C | C |
| | Definizione dei Casi di Studio | R | C | C |
| | Erogazione del corso | | R | R |
| | Esecuzione dei Test di Valutazione | R | C | R |
| | Monitoraggio | | R | |
| | Analisi dei risultati del corso | R | R | C |
| | Redazione report di valutazione | R | | C |

CRONOPROGRAMMA

| ATTIVITÀ | GEN | FEB | MAR | APR | MAG | GIU | LUG | AGO | SET | OTT | NOV | DIC |
|-------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Definizione del piano di formazione | | | ■ | | | | | | | | | |
| Progettazione corso | | | ■ | ■ | | | | | | | | |
| Definizione dei Casi di Studio | | | | ■ | | | | | | | | |
| Erogazione del corso | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| Esecuzione dei Test di Valutazione | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | |
| Monitoraggio | | | | | | ■ | ■ | | | | | |
| Analisi dei risultati del corso | | | | | | | | | | | | ■ |

5.7.2 Progettazione e implementazione della campagna per la prevenzione delle cadute del Paziente in struttura.

| | |
|----------------------|--|
| SCOPO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verificare la conformità alla procedura di prevenzione e gestione delle cadute delle attività svolte nelle unità operative. ▶ Valutare la conformità degli ambienti della struttura alle prescrizioni per la prevenzione delle cadute. ▶ Addestrare il personale sanitario sulle corrette modalità di valutazione del rischio caduta dei/delle Pazienti. |
| METODOLOGIA | ▶ Revisione del protocollo SSL sulla gestione Covid 19 per adeguamento ai principi della sicurezza e qualità delle cure, distribuzione del protocollo revisionato con questionario di comprensione. |
| STRUMENTO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lista di controllo “Check-List Valutazione Prevenzione Cadute – Coordinatori Infermieristici” ▶ Lista di controllo “Check-List Valutazione Prevenzione Cadute – Ufficio Tecnico” |
| INDICATORE | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Indice di conformità delle Liste di controllo. ▶ Numero di NC rilevate e AC eseguite |
| VALORE ATTESO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 100% degli audit eseguiti. ▶ Nessuna NC rilevata durante l’esecuzione degli audit del IV trimestre. |
| MONITORAGGIO | ▶ Valutazione a campione dei Rapporti di Audit. |
| COMUNICAZIONE | ▶ Report sul piano di formazione alla Direzione Generale entro il 31/12/2024 |

| RESPONSABILITÀ | ATTIVITÀ | RISK MANAGER | COORDINATORI INFERMIERISTICI | PERSONALE UFFICIO TECNICO | ALTRI (SOCIETÀ DI CONSULENZA) |
|--|--|--------------|------------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| | Predisposizione delle liste di controllo | R | | | |
| Addestramento dei Coordinatori Infermieristici e del personale dell’Ufficio Tecnico. | R | C | C | | R |
| Svolgimento degli audit | R | R | R | R | C |
| Redazione Rapporto di Audit | R | R | R | R | C |
| Risoluzione di eventuali NC. | R | C | C | C | C |
| Verifica dell’efficacia delle AC. | R | C | C | C | C |
| Redazione Rapporto alla Direzione | R | I | I | I | C |

CRONOPROGRAMMA

| ATTIVITÀ | GEN | FEB | MAR | APR | MAG | GIU | LUG | AGO | SET | OTT | NOV | DIC |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Predisposizione delle liste di controllo | | ■ | | | | | | | | | | |
| Addestramento dei Coordinatori Infermieristici e del personale dell’Ufficio Tecnico. | | | ■ | | | | | | | | | |
| Svolgimento degli audit | | | ■ | | | ■ | | | ■ | | | ■ |
| Redazione Rapporto di Audit | | | | ■ | | | ■ | | | ■ | | ■ |
| Risoluzione di eventuali NC. | | | | ■ | | | ■ | | | ■ | | |
| Verifica dell’efficacia delle AC. | | | | ■ | | | ■ | | | ■ | | |
| Redazione Rapporto alla Direzione | | | | | | | | | | | | ■ |

5.7.3 Attivazione e messa a punto della procedura di segnalazione degli aventi avversi, delle cadute, delle aggressioni e delle infezioni.

| SCOPO | ► Utilizzo della piattaforma informatica Rischio Clinico per la gestione delle segnalazioni di “Incident Reporting”. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|--|---|---|---|----------------|---|---|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------|---|--|---|
| METODOLOGIA | ► Verifica versione di aggiornamento della piattaforma ed eventuale aggiornamento. ► Configurazione. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| STRUMENTO | ► Applicativo Rischio Clinico. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICATORE | ► Completezza delle configurazioni. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VALORE ATTESO | ► Applicativo funzionante e configurato. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONITORAGGIO | ► Verifica utilizzo costante. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMUNICAZIONE | ► Report alla Direzione Generale entro il 30/06/2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABILITÀ | <table border="1"> <thead> <tr> <th>ATTIVITÀ</th> <th>RISK MANAGER</th> <th>GRUPPO IT CdC S. MARCO</th> <th>ALTRI (Equipe)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Aggiornamento della piattaforma Rischio Clinico.</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>R</td> </tr> <tr> <td>Configurazione</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>R</td> </tr> <tr> <td>Utilizzo dell'applicativo</td> <td>R</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Verifica trimestrale delle segnalazioni</td> <td>R</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Redazione report di valutazione</td> <td>R</td> <td></td> <td>C</td> </tr> </tbody> </table> | ATTIVITÀ | RISK MANAGER | GRUPPO IT CdC S. MARCO | ALTRI (Equipe) | Aggiornamento della piattaforma Rischio Clinico. | C | C | R | Configurazione | C | C | R | Utilizzo dell'applicativo | R | C | C | Verifica trimestrale delle segnalazioni | R | C | C | Redazione report di valutazione | R | | C |
| ATTIVITÀ | RISK MANAGER | GRUPPO IT CdC S. MARCO | ALTRI (Equipe) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aggiornamento della piattaforma Rischio Clinico. | C | C | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Configurazione | C | C | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utilizzo dell'applicativo | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verifica trimestrale delle segnalazioni | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redazione report di valutazione | R | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CRONOPROGRAMMA

| ATTIVITÀ | GEN | FEB | MAR | APR | MAG | GIU | LUG | AGO | SET | OTT | NOV | DIC |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Aggiornamento della piattaforma Rischio Clinico. | | | ■ | | | | | | | | | |
| Configurazione | | | ■ | | | | | | | | | |
| Utilizzo dell'applicativo | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Verifica trimestrale delle segnalazioni | | | ■ | | | ■ | | | ■ | | | ■ |
| Redazione report di valutazione | | | | | | ■ | | | | | | |

5.7.4 Progettazione ed erogazione di un corso di formazione interno sulla segnalazione (tutti gli operatori sanitari) e gestione (solo Gruppo di Referenti Rischio Sanitario) informatizzata di Eventi Avversi, Cadute e Aggressioni.

| | |
|----------------------|---|
| SCOPO | ▶ Utilizzo della piattaforma informatica Rischio Clinico per la gestione delle segnalazioni di “Incident Reporting”. |
| METODOLOGIA | ▶ Addestramento frontale e da remoto. ▶ Learn by doing. |
| STRUMENTO | ▶ Applicativo Rischio Clinico della suite TaleteWeb. |
| INDICATORE | ▶ Numero delle segnalazioni effettuate nel corso dell’anno. ▶ Numero delle segnalazioni prese in carico nel corso dell’anno. |
| VALORE ATTESO | ▶ Incremento trimestrale del numero delle segnalazioni > 5%. ▶ 100% delle segnalazioni effettuate prese in carico. |
| MONITORAGGIO | ▶ Verifica trimestrale del numero delle segnalazioni |
| COMUNICAZIONE | ▶ Report alla Direzione Generale entro il 31/12/2024 |

| RESPONSABILITÀ | ATTIVITÀ | RISK MANAGER | GRUPPO RRS | ALTRI (SOCIETÀ DI CONSULENZA) |
|-----------------------|--|--------------|------------|-------------------------------|
| | Identificazione del gruppo di Referenti Rischio Sanitario (RRS) incaricati delle segnalazioni | R | C | C |
| | Addestramento degli operatori sanitari e dei RRS all’uso dell’applicativo per la segnalazione degli eventi avversi, cadute e aggressioni | R | C | R |
| | Utilizzo dell’applicativo | R | R | C |
| | Verifica trimestrale delle segnalazioni | R | C | C |
| | Redazione report di valutazione | R | | C |

CRONOPROGRAMMA

| ATTIVITÀ | GEN | FEB | MAR | APR | MAG | GIU | LUG | AGO | SET | OTT | NOV | DIC |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Identificazione del gruppo di Referenti Rischio Clinico (RRS) incaricati delle segnalazioni | | | ■ | | | | | | | | | |
| Addestramento degli operatori sanitari e dei RRS all’uso dell’applicativo per la segnalazione degli eventi avversi, cadute e aggressioni | | | ■ | | | | | | | | | |
| Utilizzo dell’applicativo | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Verifica trimestrale delle segnalazioni | | | ■ | | | ■ | | | ■ | | | ■ |
| Redazione report di valutazione | | | | | | | | | | | | ■ |

5.7.5 Progettazione ed erogazione di un corso di formazione interno sulla segnalazione (tutti gli operatori sanitari) e gestione (solo Gruppo dei Referenti Rischio Sanitario e Responsabile CICA Laboratorio) informatizzata delle infezioni.

| SCOPO | ► Utilizzo della piattaforma informatica Rischio Clinico per la gestione delle segnalazioni di “Incident Reporting” delle infezioni. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------|-------------------------------|------------|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------|---|--|---|
| METODOLOGIA | ► Addestramento frontale e da remoto. ► Learn by doing. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| STRUMENTO | ► Applicativo Rischio Clinico della suite TaleteWeb. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICATORE | ► Numero delle segnalazioni delle infezioni effettuate nel corso dell’anno. ► Numero delle segnalazioni delle infezioni prese in carico nel corso dell’anno. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VALORE ATTESO | ► Incremento trimestrale del numero delle segnalazioni > 5%. ► 100% delle segnalazioni delle infezioni effettuate prese in carico. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONITORAGGIO | ► Verifica trimestrale del numero delle segnalazioni delle infezioni. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMUNICAZIONE | ► Report alla Direzione Generale entro il 31/12/2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABILITÀ | <table border="1"> <thead> <tr> <th>ATTIVITÀ</th> <th>RISK MANAGER</th> <th>GRUPPO RRS</th> <th>ALTRI (SOCIETÀ DI CONSULENZA)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Identificazione del gruppo di Referenti Rischio Sanitario (RRS) incaricati delle segnalazioni</td> <td>R</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Addestramento degli operatori sanitari, dei RRS e del Responsabile CICA del Laboratorio all’uso dell’applicativo per la segnalazione delle infezioni.</td> <td>R</td> <td>C</td> <td>R</td> </tr> <tr> <td>Utilizzo dell’applicativo</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Verifica trimestrale delle segnalazioni</td> <td>R</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Redazione report di valutazione</td> <td>R</td> <td></td> <td>C</td> </tr> </tbody> </table> | ATTIVITÀ | RISK MANAGER | GRUPPO RRS | ALTRI (SOCIETÀ DI CONSULENZA) | Identificazione del gruppo di Referenti Rischio Sanitario (RRS) incaricati delle segnalazioni | R | C | C | Addestramento degli operatori sanitari, dei RRS e del Responsabile CICA del Laboratorio all’uso dell’applicativo per la segnalazione delle infezioni. | R | C | R | Utilizzo dell’applicativo | R | R | C | Verifica trimestrale delle segnalazioni | R | C | C | Redazione report di valutazione | R | | C |
| ATTIVITÀ | RISK MANAGER | GRUPPO RRS | ALTRI (SOCIETÀ DI CONSULENZA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificazione del gruppo di Referenti Rischio Sanitario (RRS) incaricati delle segnalazioni | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Addestramento degli operatori sanitari, dei RRS e del Responsabile CICA del Laboratorio all’uso dell’applicativo per la segnalazione delle infezioni. | R | C | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utilizzo dell’applicativo | R | R | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verifica trimestrale delle segnalazioni | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redazione report di valutazione | R | | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CRONOPROGRAMMA

| ATTIVITÀ | GEN | FEB | MAR | APR | MAG | GIU | LUG | AGO | SET | OTT | NOV | DIC |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Identificazione del gruppo di Referenti Rischio Clinico (RRS) incaricati delle segnalazioni | | | ■ | | | | | | | | | |
| Addestramento degli operatori sanitari, dei RRS e del Responsabile CICA del Laboratorio all’uso dell’applicativo per la segnalazione delle infezioni. | | | ■ | | | | | | | | | |
| Utilizzo dell’applicativo | | | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Verifica trimestrale delle segnalazioni delle infezioni. | | | ■ | | | ■ | | | ■ | | | ■ |
| Redazione report di valutazione | | | | | | | | | | | | ■ |

5.8 Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo

Riguardo l'area specifica della prevenzione e gestione del rischio infettivo sono stati individuati i seguenti obiettivi:

1. Diffusione della cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.
 - 1.1. Erogazione di un corso FAD di 34 ore Antibiotico Resistenza mediante la piattaforma Web FAD.
 - 1.2. Progettazione ed erogazione di un corso sulla corretta gestione dell'igiene delle mani.
2. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani.
 - 2.1. Progettazione ed implementazione di una campagna di verifica dei protocolli sulla corretta esecuzione del protocollo per l'igiene delle mani.
3. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).
 - 3.1. Progettazione ed implementazione della campagna di verifica dell'adesione al Bundle CPE- Infezione da enterobacteriaceae produttrici di carbapenemasi.
 - 3.2. Progettazione ed implementazione della campagna di verifica dell'adesione al Bundle Cauti-Catetere Vescicale

5.8.1 Erogazione di un corso FAD di 34 ore Antibiotico Resistenza mediante la piattaforma Web FAD.

| | |
|----------------------|---|
| SCOPO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diffondere tra il personale sanitario la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento all'antibiotico resistenza; ▶ Rendere consapevole il personale delle nozioni fondamentali della gestione del rischio clinico; ▶ Istruire il personale sulle criticità derivanti dalla resistenza agli antibiotici dei batteri responsabili delle infezioni. |
| METODOLOGIA | <ul style="list-style-type: none"> ▶ FAD |
| STRUMENTO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Piattaforma Web ▶ Test di apprendimento. |
| INDICATORE | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Numero di dipendenti/collaboratori formati; ▶ Gradimento del corso; ▶ Valutazione di apprendimento media. |
| VALORE ATTESO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 90% di dipendenti/collaboratori formati entro il 30/06/2024. ▶ Gradimento del corso "SODDISFATTO" per il 75% dei dipendenti/collaboratori formati; ▶ Valutazione di apprendimento "BUONA" per il 75% dei dipendenti/collaboratori formati. |
| MONITORAGGIO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Rivalutazione a campione dei dipendenti/collaboratori formati. |
| COMUNICAZIONE | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Report sul piano di formazione alla Direzione Generale entro il 31/12/2024 |

| RESPONSABILITÀ | ATTIVITÀ | RISK MANAGER | UFFICIO FORMAZIONE | ALTRI (SOCIETÀ DI CONSULENZA) |
|----------------|------------------------------------|--------------|--------------------|-------------------------------|
| | Definizione dell'evento formativo | R | | C |
| | Identificazione dei discenti | R | C | C |
| | Iscrizione dei discenti | R | C | C |
| | Erogazione del corso | | | R |
| | Esecuzione dei Test di Valutazione | R | C | R |
| | Monitoraggio | | R | |
| | Analisi dei risultati del corso | R | | C |
| | Redazione report di valutazione | R | | C |

CRONOPROGRAMMA

| ATTIVITÀ | GEN | FEB | MAR | APR | MAG | GIU | LUG | AGO | SET | OTT | NOV | DIC |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Definizione dell'evento formativo | | | ■ | | | | | | | | | |
| Identificazione dei discenti | | | ■ | | | | | | | | | |
| Iscrizione dei discenti | | | ■ | | | | | | | | | |
| Erogazione del corso | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| Esecuzione dei Test di Valutazione | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | |
| Monitoraggio | | | | | | | | | ■ | | | ■ |
| Analisi dei risultati del corso | | | | | | | ■ | | | | | |
| Redazione report di valutazione | | | | | | | | | | | | ■ |

5.8.2 Progettazione ed erogazione di un corso sulla corretta gestione dell'igiene delle mani

| | |
|----------------------|---|
| SCOPO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diffondere tra il personale sanitario la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione delle infezioni. ▶ Rendere consapevole il personale delle nozioni fondamentali sulla prevenzione e gestione delle infezioni. ▶ Istruire il personale sulle criticità derivanti dalla non corretta esecuzione dell'igiene delle mani. |
| METODOLOGIA | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lezioni Frontali. |
| STRUMENTO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Presentazioni e docenti esperti. |
| INDICATORE | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Numero di dipendenti/collaboratori formati; ▶ Gradimento del corso; ▶ Valutazione di apprendimento media. |
| VALORE ATTESO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ 90% di dipendenti/collaboratori formati entro il 30/09/2024. ▶ Gradimento del corso "SODDISFATTO" per il 75% dei dipendenti/collaboratori formati; ▶ Valutazione di apprendimento "BUONA" per il 75% dei dipendenti/collaboratori formati. |
| MONITORAGGIO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Rivalutazione a campione dei dipendenti/collaboratori formati. |
| COMUNICAZIONE | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Report sul piano di formazione alla Direzione Generale entro il 31/12/2024 |

| RESPONSABILITÀ | ATTIVITÀ | RISK MANAGER | UFFICIO FORMAZIONE | ALTRI (SOCIETÀ DI CONSULENZA) |
|----------------|------------------------------------|--------------|--------------------|-------------------------------|
| | Definizione dell'evento formativo | R | | C |
| | Identificazione dei discenti | R | C | C |
| | Iscrizione dei discenti | R | C | C |
| | Erogazione del corso | R | R | R |
| | Esecuzione dei Test di Valutazione | R | C | R |
| | Monitoraggio | | R | |
| | Analisi dei risultati del corso | R | | C |
| | Redazione report di valutazione | R | | C |

CRONOPROGRAMMA

| ATTIVITÀ | GEN | FEB | MAR | APR | MAG | GIU | LUG | AGO | SET | OTT | NOV | DIC |
|------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Definizione dell'evento formativo | | | | | | ■ | | | | | | |
| Identificazione dei discenti | | | | | | ■ | | | | | | |
| Iscrizione dei discenti | | | | | | ■ | | | | | | |
| Erogazione del corso | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | |
| Esecuzione dei Test di Valutazione | | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | |
| Monitoraggio | | | | | | | | | ■ | | | ■ |
| Analisi dei risultati del corso | | | | | | | | | | ■ | | |
| Redazione report di valutazione | | | | | | | | | | | | ■ |

5.8.3 Progettazione ed implementazione di una campagna di verifica dei protocolli sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani.

| | |
|----------------------|--|
| SCOPO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Verifica dell'applicazione dei protocolli sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani. |
| METODOLOGIA | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Definizione della Lista di Controllo sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani. ▶ Caricamento della Lista di Controllo Rischio Clinico Web. ▶ Programmazione e pianificazione dell'audit di verifica tramite l'app Rischio Clinico. ▶ Revisione eventuale della procedura sulla gestione della corretta esecuzione dell'igiene delle mani. |
| STRUMENTO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gruppo di lavoro multidisciplinare (Medico Responsabile e Coordinatore Infermieristico UU.OO., Direttore Sanitario, Risk Manager) ▶ Esecuzione di un programma di Audit Trimestrale. ▶ Definizione e addestramento del Team di Audit; ▶ App Rischio Clinico della suite Web. |
| INDICATORE | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Audit mediante lista di controllo informatizzata della corretta esecuzione dell'igiene delle mani. ▶ Numero di NC rilevate durante la verifica della corretta esecuzione dell'igiene delle mani. ▶ Numero di AC efficaci prese in conseguenza delle NC rilevate. |
| VALORE ATTESO | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Esecuzione di tutti gli audit nei tempi previsti. ▶ Numero di NC rilevate durante ciascun audit per la verifica della corretta esecuzione dell'igiene delle mani |

| | < 2 (minori). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--------------|---------------|----------------------------------|----------------------------------|--|---|---|---|--|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|--------------|---|---|---|---------------------------------|---|--|--|
| | ► Verifica di efficacia di tutte le AC intraprese a seguito delle NC rilevate. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONITORAGGIO | ► Monitoraggio della risoluzione delle NC rilevate e relative Azioni Correttive. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMUNICAZIONE | ► Report alla Direzione Generale entro il 31/12/2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABILITÀ | <table border="1"> <thead> <tr> <th>ATTIVITÀ</th> <th>RISK MANAGER</th> <th>TEAM DI AUDIT</th> <th>ALTRI (SOCIETÀ DI CONSULENZA)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Definizione della lista di controllo sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani.</td> <td>R</td> <td>C</td> <td>R</td> </tr> <tr> <td>Caricamento della Lista di Controllo sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani sull'app Rischio Clinico della suite TaleteWeb</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>R</td> </tr> <tr> <td>Identificazione e addestramento del Team di Audit.</td> <td>R</td> <td>C</td> <td>R</td> </tr> <tr> <td>Pianificazione ed esecuzione dell'audit sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani.</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Rilevazione e gestione delle NC e AC correlate</td> <td>R</td> <td>R</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Monitoraggio</td> <td>R</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>Redazione report di valutazione</td> <td>R</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | ATTIVITÀ | RISK MANAGER | TEAM DI AUDIT | ALTRI (SOCIETÀ DI CONSULENZA) | Definizione della lista di controllo sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani. | R | C | R | Caricamento della Lista di Controllo sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani sull'app Rischio Clinico della suite TaleteWeb | C | C | R | Identificazione e addestramento del Team di Audit. | R | C | R | Pianificazione ed esecuzione dell'audit sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani. | R | R | C | Rilevazione e gestione delle NC e AC correlate | R | R | C | Monitoraggio | R | C | C | Redazione report di valutazione | R | | |
| | ATTIVITÀ | RISK MANAGER | TEAM DI AUDIT | ALTRI (SOCIETÀ DI CONSULENZA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Definizione della lista di controllo sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani. | R | C | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Caricamento della Lista di Controllo sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani sull'app Rischio Clinico della suite TaleteWeb | C | C | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Identificazione e addestramento del Team di Audit. | R | C | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pianificazione ed esecuzione dell'audit sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani. | R | R | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rilevazione e gestione delle NC e AC correlate | R | R | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Monitoraggio | R | C | C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redazione report di valutazione | R | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CRONOPROGRAMMA

| ATTIVITÀ | GEN | FEB | MAR | APR | MAG | GIU | LUG | AGO | SET | OTT | NOV | DIC |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Definizione della lista di controllo sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani. | | | | | | | | | ■ | | | |
| Caricamento della Lista di Controllo sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani sull'app Rischio Clinico della suite TaleteWeb | | | | | | | | | ■ | | | |
| Identificazione e addestramento del Team di Audit. | | | | | | | | | ■ | ■ | | |
| Pianificazione ed esecuzione dell'audit sulla corretta esecuzione dell'igiene delle mani. | | | | | | | | | | ■ | ■ | |
| Rilevazione e gestione delle NC e AC correlate | | | | | | | | | | ■ | ■ | |
| Monitoraggio | | | | | | | | | | | ■ | |
| Redazione report di valutazione | | | | | | | | | | | | ■ |

5.9 Criteri di comunicazione e diffusione

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

- ▷ Presentazione del Piano all'Alta Direzione;
- ▷ Pubblicazione dei dati sul sito aziendale entro il 28 Febbraio 2024;
- ▷ Invio del PARS al Centro Regionale di Risk Management (CRRC - crrc@regione.lazio.it) per il caricamento sul cloud regionale entro il 28 Febbraio 2024;
- ▷ Pubblicazione del PARS e comunicazione dell'avvenuta pubblicazione a tutti gli operatori entro il 28 Febbraio 2024.