# Piano Annuale per la Gestione Rischio Sanitario PARS 2024

**Redazione a cura del Team Gestione Rischio Clinico**

# INTRODUZIONE

L'approccio sistemico alla sicurezza rappresenta la novità assoluta introdotta con il rapporto "To err is human" e parte dal presupposto che l'errore umano è intrinseco alla pratica clinica e, più in generale, a tutte le azioni umane.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha da tempo evidenziato la necessità che "sia la stessa organizzazione sanitaria ad intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure", confortata anche dai dati della letteratura scientifica internazionale che evidenziano come il problema degli errori ed eventi avversi in sanità rappresentino una vera e propria emergenza visti i rilevanti costi che comportano sia in termini di vite umane che economici.

Ciò premesso l'azienda ha inserito dei meccanismi di controllo e prevenzione dell'errore. In questa logica, l'attenzione viene spostata sul contesto in cui il professionista opera, evidenziandone le criticità, le condizioni che hanno portato all'errore e che risiedono nell'organizzazione (scelte e decisioni sbagliate del management), nella strumentazione che non risponde a criteri funzionali, nella formazione non in grado di sviluppare le skill necessarie, nei carichi di lavoro che incrementano lo stress occupazionale e quindi la probabilità di errore.

Affinché tale attività sia efficace è necessario che la sicurezza dei Pazienti sia continuamente presidiata, con azioni di monitoraggio e analisi diffondendo nello stesso tempo l'elaborazione di raccomandazioni e pratiche per la stessa sicurezza, interessando, altresì, di mano in mano il coinvolgimento di pazienti e cittadini, la formazione degli operatori sanitari, il RSPP e tutti gli stakeholder che intervengono nell'attività sanitaria.

Tale approccio è definito Gestione del Rischio Clinico che, come tale, rappresenta un elemento di Governo Clinico, elemento definito come "sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica".

Il documento è stato redatto anche in considerazione delle ultime evidenze scientifiche in materia di risk management, in particolare per ciò che concerne le fasi del processo di individuazione dei rischi e del loro controllo/gestione.

Il miglioramento della Qualità è obiettivo prioritario per l'Azienda: tale miglioramento riguarda sia le prestazioni e i processi assistenziali (sanitari, sociosanitari e sociali) sia le attività e i processi professionali, tecnici e amministrativi.

I principali valori da tutelare sono:

- La sicurezza dei Pazienti (rischio clinico);
- La salute e la sicurezza dei Lavoratori (rischio lavorativo);
- La tutela dei dati e la privacy (rischio informativo);
- La correttezza amministrativa e contabile (rischio amministrativo e contabile);

Con questo documento si intende pianificare ed attuare le attività di prevenzione e gestione dei possibili rischi all'interno delle Strutture Sanitarie gestite dalla Società anche secondo quanto previsto dalla Legge 08/03/2017 n.24 in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Cinque sono le fasi del processo di gestione del rischio:
1) Stabilire il contesto;
2) Identificare i rischi;
3) Analizzare i rischi;
4) Valutare i rischi;
5) Controllare i rischi.

In parallelo con la gestione del processo centrale, sono richieste doti di comunicazione e di consultazione. Monitorare e revisionare il processo principale è indispensabile al fine di assicurare che venga eseguito tempestivamente. In questo modo l'identificazione, l'analisi, la valutazione ed il controllo sono sempre aggiornati. La gestione del rischio è quindi un processo ricorsivo, soggetto ad aggiornamenti, e non si esaurisce nell'identificazione iniziale del rischio.

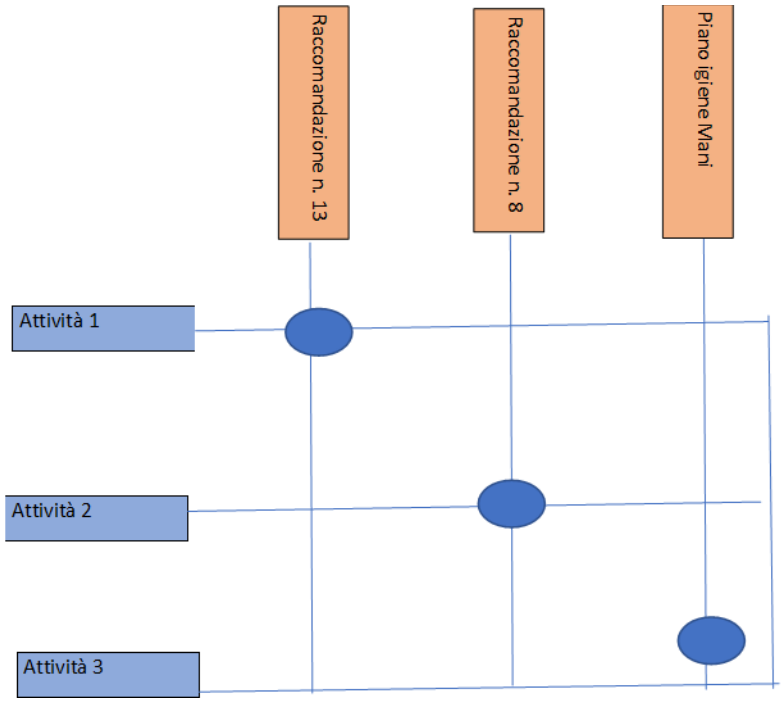
Il presente lavoro è stato condotto con il coinvolgimento dei Responsabili dei vari settori di attività nonché dei diretti operatori interessati. Oltremodo il presente lavoro vede la partecipazione attiva del Responsabile aziendale del risk management.
Il presente manuale è divulgato ed illustrato a tutti gli operatori (nei vari livelli di responsabilità) al fine di rendere il lavoro stesso effettivamente concreto ed attualizzato. Eventuali ed opportune modifiche sostanziali ed aggiornamenti/implementazioni del documento devono essere portate a conoscenza del personale operante in struttura.
Il presente documento è altresì redatto ai sensi della determinazione nr. G00164 del 11/01/2019 e della determinazione nr. G00643 del 25/01/22 della Regione Lazio.

**Informazioni sull'azienda**
Raymond Gledhill Onlus
Via Cesare Colizza 56 A - 00047 Marino Laziale -
ASL di competenza: ROMA 6
Ambito di attività: gestione strutture psichiatriche residenziali.
Trasparenza: **Home >> Amministrazione Trasparente (www.comunitagledhill.it)**

## INDICE

1 Valutazione del rischio sanitario
2 Contesto organizzativo
3 Risk manager e l'Unità di valutazione -CCICA
4 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti
5 Posizione assicurativa
6 Matrice delle responsabilità del PARS
7 Obiettivi
8 Strumenti
9 Attività
10 Modalità di diffusione del PARS
11 Riferimenti normativi
12 Bibliografia e sitografia
13 Notifica eventi avversi e sinistri
14 Aggiornamento del documento
Allegato 1. Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani

## 1. VALUTAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO




## 2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Società "Raymond Gledhill Onlus" (*di seguito la Società*) è una Organizzazione che opera da molti anni nella realizzazione e gestione di servizi sanitari e residenziali psichiatrici.
La Società è composta da nove soci, lavoratori e non, 11 lavoratori direttamente assunti e 23 collaboratori liberi professionisti ed ha un capitale sociale sottoscritto pari ad € 90.000,00. Le strutture afferiscono al Distretto sanitario della ASL Roma 6.
Opera essenzialmente nel territorio della Provincia di Roma ed in particolare nell'Ambito della ASL Roma 6. Insistono sul tale territorio n. 2 strutture: una SRTRe Raymond Gledhill di Marino accreditata e convenzionata sita in Via Cesare Colizza 56 A- Marino Laziale e una SRTRe Raymond Gledhill "Al Colle" sita in via Colle Cavalieri 40 -Lanuvio.
La società è iscritta alla Camera del Commercio di Roma al numero RM 941246 e all'Albo delle Società Cooperative a mutualità prevalente di cui agli art. 2512 e seg. Con n.° A 1160175. Il numero della Partita Iva e Codice fiscale è 05910831006. La Posta certificata aziendale è gledhill@pec.confcooperative.it; il centralino degli Uffici amministrativi è il 06 97249441-06 89823096; il web site istituzionale è www.comunitagledhill.it.

Il core business della Azienda è la gestione di servizi sanitari.
La Società, al fine del presente documento, gestisce le seguenti attività:

- ***Struttura Residenziale Terapeutica Riabilitativa estensiva*: SRTRe Raymond Gledhill Marino, sita in via Cesare Colizza 56 A -00047 Marino Laziale, con Autorizzazione n°1685/97 del 06/08/1997 e Accreditata per 16 posti letto con DCA n° U00131 del 9/4/2013.**

- ***Struttura Residenziale Terapeutica Riabilitativa estensiva*: SRTRe Raymond Gledhill "Al Colle " di Lanuvio , con sede in via Colle Cavalieri 40- Lanuvio, con Autorizzazione n°483/2000 del 16/06/2000 e Accreditata per 10 posti letto con DCA n° U00132 del 9/04/2013.**

Contatto: Tel.: 06-97249441 – mail: gledhill@libero.it – PEC: gledhill@pec.confcooperative.it

| Raymond Gledhill Onlus | | | |
|---|---|---|---|
| **Struttura** | **Posti letto notturni/diurni** | **Attività** | **Titolo accreditamento** |
| SRTRe Marino | 16 | Riabilitazione psichiatrica | DCA U00131 del 9/04/2013 |
| SRTRe Lanuvio | 10 | Riabilitazione psichiatrica | DCA U00132 del 9/04/2013 |

## 3. RISK MANAGER E L'UNITA' DI VALUTAZIONE

Obiettivo del Risk Manager è quello di promuovere, a tutti i livelli, l'attività di gestione del rischio, facendo crescere la responsabilizzazione di tutto il personale riguardo specifiche politiche di presidio del rischio.
È compito del Risk Manager promuovere la redazione e l'applicazione del presente documento e, di concerto con l'Unità di valutazione del rischio clinico e la direzione strategica e il CCIA (Direzione medica, Direzione Terapeutica ed amministrativa), individuare ed analizzare i potenziali rischi in cui può incorrere la struttura nella gestione dei servizi sanitari e socio sanitari erogati. Il CCICA è stato rinnovato in data 20/12/2023 e attualmente in carica così costituito:
Dr. L.A. D'Agostino - Risk Manager
Dr.ssa Maria Nisticò- Direttrice clinica SRTRe Raymond Gledhill "Al Colle " -Lanuvio
Dr. Alessio Romeo- Direttore Sanitario- SRTRe Raymond Gledhill -Marino- Lanuvio

L'Unità di Valutazione del Rischio clinico (UVR) è un organo collegiale composto da:

- Risk Manager
- Direttore Sanitario
- Direzione Clinica
- Direzione Amministrativa
- RSPP ed RLS

## 4. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie 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".

Nell'anno 2023 non si sono evidenziati eventi avversi come si evince dalla tabella sotto riportata ed è sufficiente, pertanto, a soddisfare il bisogno informativo richiesto (Rif. Determinazione N. G00164 del 11/01/2019.-Regione Lazio)

Al fine di ottemperare a tale obbligo viene predisposta la seguente tabella e la conseguente relazione che dettaglia i risultati ottenuti:

| Tipo di evento | N. (e % sul totale degli eventi) | Principali fattori causali/contribuenti[B] | Azioni di miglioramento | Fonte del dato |
|---|---|---|---|---|
| **Near Miss[A]** | 0 | Strutturali (0%)<br>Tecnologici (0%)<br>Organizzativi (0%)<br>Procedure/Comunicazione (0%) | Strutturali (0%)<br>Tecnologiche (0%)<br>Organizzative (0%)<br>Procedure/Comunicazione (0%) | Sistemi di reporting (0%)<br>Sinistri (0%)<br>Farmacovig. (0%)<br>Dispositivo vig. (0%)<br>ICA (0%) |
| **Eventi Avversi[A]** | 0 | | | |
| **Eventi Sentinella[A]** | 0 | | | |

*(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.*

*(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul cloud regionale.*

Come si evince dalla tabella sopra esposta non si sono verificati eventi avversi e/o sinistri nell'annualità indicata pertanto non sarà condotta alcuna relazione consuntiva.

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

Al fine di ottemperare a tale obbligo viene redatta la seguente tabella esplicativa:

***Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)***

| Anno | N. Sinistri[A] | Risarcimenti erogati[A] |
|---|---|---|
| **2018** | 0 | 0 |
| **2019** | 0 | 0 |
| **2020** | 0 | 0 |
| **2021** | 0 | 0 |
| **2022** | 0 | 0 |
| **2023** | 0 | 0 |
| **Totale** | 0 | 0 |

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

## 5. POSIZIONE ASSICURATIVA

L'azienda ha stipulato nuova apposita polizza assicurativa secondo quanto previsto dalla Legge 08/03/2017 n.24 in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

**Strutture residenziali**

| Anno | Dal al | Compagnia Assicurativa | Premio | Franchigia | Brokeraggio |
|---|---|---|---|---|---|
| 2021 | 06/12/2020–06/12/2021 | Cattolica Assicurazioni | 9000,34 | 500,00 | |
| 2022 | 06/12/2021 - 06/12/2022 | Cattolica Assicurazioni | 9000,34 | 500,00 | |
| 2023 | 06/12/2022 - 06/12/2023 | Cattolica Assicurazioni | 9000,34 | 500,00 | |
| 2024 | 06/12/2023 - 06/12/2024 | Cattolica Assicurazioni | 9000,34 | 500,00 | |

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

| Azione | Risk Manager | Consiglio Amministrazione | Direzione Terapeutica | Direttore Sanitario |
|---|---|---|---|---|
| Redazione PARS | R | C | C | R |
| Adozione PARS | I | R | I | I |
| Monitoraggio PARS | R | - | C | R |

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

## 7. OBIETTIVI

Il PARS redatto dalla Azienda si basa su questi presupposti:

- diffusione di una cultura non colpevolizzante – "*no-blame culture*" (che non significa deresponsabilizzazione degli operatori);
- una strategia che, partendo dal principio ippocratico "*primum non nocere*", vuole diffondere la visione dell'errore come un'occasione di apprendimento e di miglioramento;
- approccio sistemico;
- miglioramento continuo.

È opportuno inoltre ribadire, che il Risk Manager 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 clinico-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, il Risk Manager 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 clinico.
La strategia definita si rifà pertanto alla necessità di passare da un sistema che subisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che, invece, gestisce i rischi, ovvero la promozione del passaggio da un sistema reattivo ad un sistema prevalentemente pro-attivo e preventivo.
Le attività previste nel PARS concorrono inoltre al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e sostenibilità finanziaria.

In ottemperanza a quanto previsto dal *Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario* (PARS), adottato con determinazione n. G00643 del 25/01/22, gli obiettivi strategici su cui progettare le attività del PARS 2024 sono i seguenti:

A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE): **Obiettivo non adeguato alla tipologia di struttura.**

## 8. STRUMENTI

Al fine del raggiungimento degli obiettivi la azienda si è dotata dei seguenti strumenti:

1. Nomina del Risk Manager e coinvolto nel Gruppo analisi eventi avversi;
2. Mappatura dei rischi almeno mediante i seguenti strumenti:

a) analisi delle segnalazioni pervenute tramite *Incident Reporting* o altre modalità di comunicazione;
b) processo interno di *auditing*;
c) indicatori ottenuti tramite *Schede di Dimissione*:
d) monitoraggio delle cartelle cliniche al fine di verificare della qualità della documentazione sanitaria;
e) analisi dei *Reclami*;
f) analisi del *Contenzioso*;
g) analisi del fenomeno infortunistico;

3. corsi di informazione/formazione degli operatori mirati alla diffusione della cultura della sicurezza e all'apprendimento degli strumenti e tecniche di gestione del rischio;
4. introduzione di Buone Pratiche secondo riferimenti regionali, nazionali ed internazionali;
5. attività di informazione ai cittadini e caregivers;
6. definizione della matrice delle responsabilità delle figure coinvolte previste dal PARS. In particolare, il *Risk Manager*, che ha la responsabilità complessiva di coordinamento del PARS, il quale agirà in piena autonomia decisionale e risponderà del proprio operato alla Direzione della Società.

## 9. ATTIVITÀ

**In questa sezione vengono elencate le attività previste nel 2024 per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti.**

La Determina n. G00164 del 11/01/2019 e Determina n.G00643 del 25/01/2022 ha previsto espressamente la declinazione di un minimo di cinque attività su almeno due obiettivi tra quelli declinati nell'apposita sezione del presente documento.

Per l'anno 2024, il Gruppo di lavoro sul Rischio Clinico ha ritenuto opportuno dare continuità ad azioni specifiche sui primi due obiettivi ed in particolare:

Obiettivo **A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure** verrà declinato nei diversi anni in una serie di attività che vanno dalla organizzazione di corsi di formazione, all'introduzione di strumenti di ***risk analysis*** negli obiettivi di budget delle singole attività, all'utilizzo di sistemi informativi per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie.

Obiettivo **B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa,** si articolerà nella progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di *risk assessment* (come l'*Incident Reporting*, *il Safety WalkRound* o l'analisi delle cartelle cliniche) o di *risk analysis* (come l'utilizzo degli *audit* di rischio clinico); nell'elaborazione o revisione di procedure volte al recepimento di documenti nazionali e internazionali o, ancora, in attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti o di umanizzazione delle cure.

Obiettivo **C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani** attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel *Piano di Intervento* e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.

Per ogni attività verrà definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere.

In relazione alla sua complessità, ogni attività andrà scomposta in una o più azioni elementari che verranno declinate in una matrice delle responsabilità specifica. Le attività che si sviluppano su un arco temporale pluriennale sono declinate e sviluppate comunque per singolo anno.

**OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure**

**ATTIVITÀ 1.** Progettazione ed esecuzione di due sessioni formative sul tema della sicurezza delle cure **Corsi di formazione per operatori ed utenti mirati alla prevenzione delle ICA- Specifica azione di aggiornamento informativo su infezioni trasmesse per via aerea- Sars Covid 2-Stato delle cose**

**CRITERIO**: due sessioni formative.

**INDICATORE:**
- Svolgimento di due sessioni formative
- Numero di partecipanti ad ogni incontro rispetto al totale degli operatori interessati

**STANDARD:**
- 100% delle sessioni formative realizzate entro il 31/12/2024
- Range di accettabilità dei partecipanti 85% - 90%.

**FONTE:** Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk manager | RFORM |
|---|---|---|
| Progettazione del Corso | R | C |
| Esecuzione del Corso | R | C |

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

**ATTIVITÀ 2.** Elaborazione, revisione, aggiornamento ed implementazione delle **procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo-azioni di mantenimento della continuità informativa**

**CRITERIO**: 2 sessioni formative

**INDICATORE:**
- Svolgimento di due sessioni formative entro il 31/12/2024
- Numero di partecipanti ad ogni incontro rispetto al totale degli operatori interessati

**STANDARD:**
100% delle sessioni formative realizzate entro il 31/12/2024
Range di accettabilità dei partecipanti 85% - 90%.

**FONTE:**
Direttore Sanitario - Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Direttore sanitario | R.M. |
|---|---|---|
| Progettazione del Corso | R | C |
| Esecuzione del Corso | R | C |

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

**ATTIVITÀ 3.** Corso di formazione: **Gestione del rischio clinico - quarta edizione**

**CRITERIO**: 2 sessioni formative

**INDICATORE:**
- Svolgimento di 2 sessioni formative entro il 31/12/2024
- Numero di partecipanti ad ogni incontro rispetto al totale degli operatori interessati

**STANDARD:**
- 100% delle sessioni formative realizzate entro il 31/12/2024
- Range di accettabilità dei partecipanti 85% - 90%.

**FONTE:**
Direttore Sanitario-Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Direttore sanitario | R.M. |
|---|---|---|
| Progettazione del Corso | R | R |
| Esecuzione del Corso | C | R |

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

**OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**

**ATTIVITÀ 1.** Progettazione ed esecuzione di un corso di formazione su: **Disturbo Borderline di Personalità: inquadramento diagnostico- approccio alla cura e metodologia di trattamento.**

**CRITERIO**: 6 sessioni formative

**INDICATORI:**
- Svolgimento di 6 sessioni formative entro il 31/10/2024
- Numero di partecipanti ad ogni incontro rispetto al totale degli operatori interessati

**STANDARD:**
- 100% dei corsi realizzati entro il 2024
- Range di accettabilità dei partecipanti 85% - 90%.

**FONTE:** Risk Management - Coordinamento Equipe Psicoterapeutica

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | RSQ | RFORM |
|---|---|---|
| Progettazione del Corso | R | C |
| Esecuzione del Corso | R | C |

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

**OBIETTIVO C) Implementazione del piano regionale - Igiene delle mani**

**ATTIVITÀ 1**. Formazione sul campo per operatori ed utenti

**INDICATORE:**
- Svolgimento di una sessione formativa
- Partecipanti: utenti presenti nella struttura e operatori coinvolti nell'assistenza

**STANDARD:**
- Sessione formativa da svolgere entro il 31/07/2024
- Range di accettabilità maggiore del 95%

**FONTE:** DS - Dirigente Sanitario

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk Manager | Dirigente Sanitario |
|---|---|---|
| VERIFICA CARTELLE SANITARIE | C | R |
| REVISIONE | C | R |

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

**ATTIVITÀ 2.azione di continuità informativa e verifica di modalità di applicazione** del piano di azione locale per l'igiene delle mani attraverso l'elaborazione di brochures, poster e loro diffusione

**INDICATORE:** Implementazione e diffusione del nuovo materiale entro il 31/12/2024

**STANDARD: Aggiornamento** dell'opuscolo informativo da consegnare agli operatori, ai pazienti della struttura e loro familiari entro il 31/12/2024

**FONTE:** Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione | Risk Manager | Direttore Sanitario | Coordinatori |
|---|---|---|---|
| Aggiornamento materiale informativo | R | R | C |
| Diffusione materiale informativo | I | C | R |

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

**OBIETTIVO D) Non adeguato alla tipologia di Struttura**

## 10. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

a. Pubblicazione sul sito web istituzionale www.comunitagledhill.it;

b. Presentazione all'Organo di amministrazione della Società;

c. Presentazione agli Operatori della struttura;

d. Rilascio copia alla Direzione sanitaria della struttura.

## 11. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. 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";
3. 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";
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
8. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995;
9. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento;
10. 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;
11. 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;
12. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008;
13. 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;

14. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

15. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

16. Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"
17. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “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”;

18. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;

19. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’”;

20. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;

21. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017;

22. 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”;

23. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.

24. Determinazione regionale nr. G 00643 del 25/01/22-

25. Ordinanza Presidente Regione Lazio n. Z 00031 del 17/04/2020.

26. Ordinanza Presidente Regione Lazio n. Z 00039 del 8/05/2020.

27. Ordinanza Presidente Regione Lazio n. Z 00047 del 13/06/2020.

## 12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Rigby K, Clark RB, Runcinean WB: Adverse events in health care: setting priorities based on economic evaluation; 1999; J Qual Clin Practice, 19:7-12;

2. Rosenthal MM, Sutcliffe KM eds; Medical error. What do we know? What do we do?; 2002 Jossey Bass;

3. Reason J, Human errors: models and management, 2000 BMJ; 320;

4. Reason J, Carthey J, de Leval MR, Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective Risk management; 2001; Quality in health care; Dec; 10 Suppl 2; 21-51;

5. Vincent C; Clinical Risk Management Enhancing patient safety; II Ed. London 2001;BMJ Publications;

6. A cura di Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema *Ufficio III –Ministero della Salute-*, Manuale per la formazione degli operatori sanitari;

7. Barberio Roberto, De Masi Ercole, Sirotti Gaudenzi Andrea: Rischio Clinico e mediazione nel contenzioso giudiziario; Maggioli Editori, 2013;

8. Bizzarri Giancarlo, Farina Massimo: Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie. Approcci, modalità, strumenti e risultati; Franco Angeli Editore, 2012;

9. Fiorani Matteo, Forgeschi Guglielmo, La gestione del rischio clinico. Dalla consapevolezza alla sicurezza, La Feltrinelli, 2009;

10. Barresi Gustavo, Il rischio clinico nelle aziende ospedaliere. Strumenti di analisi e profili di gestione, Franco Angeli Editore, 2014;

11. Luca Benci, Alessia Bernardi, Alberto Fiore, Tiziana Frittelli, Vittorio Gasparrini, Maurizio Hazan, Pietro Martinengo, Daniele Rodriguez, Walter Rossi, Riccardo Tartaglia, Alberto Tita - "Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria" - Commentario alla legge 24/2017; Quotidiano Sanità Edizioni, Marzo 2017;

12. WHO: Global Guidelines for the prevention of surgical site infection (2016).

13. WHO: A Guide to the implementation of the WHO Multimodal hand Hygiene Improvement Strategy (2009).

14. European Commission: Commission recommendation of 18/11/2020 on the use of rapid antigen tests for the diagnosis of SARS-Cov-2 infection.

15. Rapport ISS Covid 19 n°4/2020 Rev 2. Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo

dell'infezione da SARS -Cov2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali. Versione del 24 agosto 2020.

16. www.quic.gov/report/index.htm;
17. www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione;
18. www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza;
19. www.esqh.net;
20. www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf;
21. www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf;
22. www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm;
23. www.cnoris.com;
24. ww.isqua.org.au/;
25. www.sivrq.com (Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria);
26. www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente;
27. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx;
28. http://pathways.nice.org.uk/;
29. http://www.cineas.it/n/raccomandazioni-siquas-sull-audit-clinico-706-n°htm;
30. http://www.slowmedicine.it/;
31. http://95.110.213.190/PNEed13/index.php?action=login;

## 13. NOTIFICA EVENTI AVVERSI E SINISTRI

Ogniqualvolta venga rilevato un evento avverso e/o un sinistro denunciato, il Responsabile è tenuto ad informare sia la Direzione sanitaria che la proprietà della Società senza ingiustificato ritardo e, ove possibile, entro 48 ore dal momento in cui ne è venuto a conoscenza.

La notifica deve presentare un contenuto minimo di informazioni e tali da consentire il controllo e di verificare l'accaduto denunciato.

## 14. AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO

Il presente documento viene aggiornato con cadenza annuale ovvero in caso di novità normative/regolamentarie e/o di esigenze di natura gestionale. Ogni variazione e/o modifica dell'edizione in corso dovrà essere pubblicizzata con le stesse modalità della precedente edizione.

L'aggiornamento consiste:

a) nella verifica di eventuali integrazioni e/o modifiche normative, ovvero nella promulgazione/applicazione di nuove Leggi e regolamenti attinenti alla materia trattata;

b) nella verifica dei processi tecnico/organizzativi al fine di riscontrare la loro validità, sicurezza ed aderenza ai requisiti normativi rispetto alle attività effettivamente espletate;

L'aggiornamento del presente documento viene condotto dal Risk Manager con l'apporto professionale dell'Unità di valutazione e la Direzione sanitaria.

L'aggiornamento si espleta con la redazione di apposito verbale che dà conto delle verifiche effettuate ed indica le eventuali azioni correttive e/o integrative e modificative da apportare ai vari documenti.

N.B. Documentazione a supporto consultabile nelle sedi operative.

Marino Laziale 23/02/2024

Il Risk Manager

Dr. L.A. D'Agostino

**La firma autografa è sostituita con l'indicazione a stampa del nominativo del Professionista Responsabile ai sensi dell'art. 6 quater del D.L. 12 gennaio 1991 n°6 così come modificato Legge n° 80 del 15 marzo 1991**

# ALLEGATO 1

# Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani

**Redazione a cura del Team Gestione Rischio Clinico**

## PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 è stato adottato il documento "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".
Così come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2023, il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per confermare il livello INTERMEDIO che "*Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura*" (**Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**).

Il piano regionale si articola in cinque sezioni per un efficace governo del rischio infettivo:
SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE
SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

A seguito dei questionari di autovalutazione somministrati, la struttura Raymond Gledhill ha raggiunto il livello intermedio in ogni sezione prevista dal piano, e si impegna ulteriormente a migliorare ed efficientare il proprio piano di azione sull'igiene delle mani attraverso modalità mirate.

| | |
|---|---|
| 1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano | SI |
| 2: Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti | SI |
| 3: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani | SI |
| 4: Nomina Osservatore/i | SI |
| 5: Audit Osservatore | SI |
| 6: Analisi risultati ottenuti | SI |
| 7: Formazione del Personale | SI |

| **ATTIVITÀ 2024** | | Entro il |
|---|---|---|
| 1: Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto | INTERMEDIO / AVANZATO in tutte le Sezioni del Piano | 31/12/2024 |
| 2: Indagine sulla percezione per gli Operatori Sanitari e i Dirigenti | Aggiornamento | 31/12/2024 |
| 3: Indagine sulla compliance relativa all'Igiene delle Mani | Aggiornamento | 31/12/2024 |
| 5: Esecuzione Audit dedicato | 1 Audit | 31/12/2024 |
| 6: Monitoraggio consumo gel idroalcolico | 1 analisi | 31/12/2024 |
| 7: Formazione del personale | 1 evento | 31/12/2024 |
| 8: Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari | Diffusione materiale informativo (brochures, poster) | 31/12/2024 |