

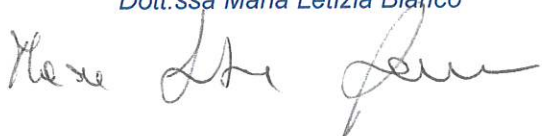




PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Febbraio 2025

<i>Presidente del CDA</i>	<i>Direzione Sanitaria</i>
<p><i>Dott.ssa Mariapia de Bari</i></p>  	<p><i>Dott.ssa Maria Letizia Bianco</i></p>  <p>Il Direttore Sanitario Dott.ssa Maria Letizia Bianco Medico Chirurgo Specialista in Neuropsichiatria infantile O.M.RM n. 66335</p>



INDICE

INDICE	2
1. INTRODUZIONE	3
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO	3
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.	4
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	6
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2024.....	7
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS	10
7. OBIETTIVI E ATTIVITA'	10
7.1 Obiettivi	10
7.2 Attività	10
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	155
9. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA	155
9.1 Riferimenti Normativi.....	155
9.2 Bibliografia e Sitografia	16

VoJTA italia
Via Bolognese, 127
00198 Roma, Italia
Tel. +39 06 4781111
www.vojtaitalia.it



1. INTRODUZIONE

Il piano annuale di gestione del rischio sanitario, contenuto nel presente documento, fatte salve specifiche e motivate necessità, è stato elaborato rispettando le Linee Guida regionali specifiche emanate e seguendo l'esperienza già maturata nella Struttura, stabilite dalla Regione Lazio. Quando possibile, i dati sono stati inseriti nelle tabelle proposte dalle linee guida della Regione Lazio.

Il presente piano viene applicato all'interno del Centro di riabilitazione "Vaclav Vojta", Società Cooperativa Sociale, sita in Roma, Via Salvatore Pincherle, 186, accreditata con il Servizio Sanitario Regionale con Decreto Autorizzativo e di Accreditamento Istituzionale con il SSR rilasciato dalla Regione Lazio in data 18/07/2013 nr. U00301.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il Centro di Riabilitazione "Vaclav Vojta" eroga, in regime di accreditamento con la Regione Lazio, progetti riabilitativi individuali a pazienti adulti e in età evolutiva con disabilità complessa fisica, psichica, sensoriale (ex art. 26 Legge 833/78). L'autorizzazione all'esercizio è riferita all'attività riabilitativa Non Residenziale ambulatoriale e all'attività socioriabilitativa di mantenimento Semiresidenziale.

Il comitato di gestione del Rischio clinico ed infettivo (CGRC) è stato sciolto successivamente alla cessazione dell'emergenza pandemica da SARS-Cov-2. Ad oggi il Risk Manager si occupa del Risk Management di tutta la struttura in collaborazione con il Direttore Sanitario e l'RSPP.

Si riportano di seguito i principali dati di produzione, riferiti ai due setting assistenziali, relativi all'anno 2024 e all'anno 2023:

Tabella 1 - Confronto fra i dati 2024 vs 2023

DATI DI ATTIVITÀ DELLA STRUTTURA 2024 ^(A)			
Numero Assistiti (Dato 2024)	n. 138 (Semiresidenziali)	Minori	n. 18
		Adulti	n. 120
	n. 806 (Ambulatoriali)	Minori	n. 256
		Adulti	n. 550

(A): Fonte SIR relativo al periodo dal 01/01/2024 al 31/12/2024.

DATI DI ATTIVITÀ DELLA STRUTTURA 2023 ^(A)			
Numero Assistiti (Dato 2023)	n. 139 (Semiresidenziali)	Minori	n. 17
		Adulti	n. 122
	n. 697 (Ambulatoriali)	Minori	n. 227
		Adulti	n. 470

(A): Fonte SIR relativo al periodo dal 01/01/2023 al 31/12/2023.

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

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 e delle infezioni ospedaliere correlate all’assistenza verificatisi all’interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l’evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è presente all’interno del PARS pubblicato sul sito internet della struttura sanitaria”.

Al fine di ottemperare a tale obbligo il Nostro Centro ha raccolto nella tabella seguente i dati relativi agli eventi accorsi negli ultimi due anni, le cui schede di dettaglio sono presenti in Struttura.

Anche nel 2024 la maggior parte degli eventi e quasi eventi si sono verificati, prevalentemente nel Servizio Semiresidenziale, che ha in carico pazienti con disabilità intellettiva di grado medio-grave-severo, pazienti con disturbo dello spettro autistico di grado medio-grave-severo, pazienti con esiti di paralisi cerebrale infantile. Le disabilità comportano, spesso, una ridotta autonomia psico-fisica e/o relazionale di tutti i pazienti, molti dei quali completamente dipendenti negli spostamenti e nelle A.V.Q, e, potenzialmente a rischio di cadute accidentali, e problematiche comportamentali.

Gli eventi verificatisi nel Servizio Semiresidenziale, attribuibili alla complessità del quadro psico-patologico dei pazienti e, pertanto, non prevedibili, riconoscono come principale fattore causale/contribuente, la disregolazione emotivo-comportamentale, presente in molti di essi, che si manifesta, spesso, nella messa in atto di comportamenti problema (episodi di aggressività eterodiretta, tentativi di fuga, agitazione psicomotoria). In particolare è stato segnalato un importante episodio di aggressività eterodiretta di un paziente nei confronti di un operatore, a seguito del quale, si è resa necessaria la dimissione previa comunicazione scritta alla famiglia e ai servizi distrettuali dell’ASL territoriale di appartenenza dell’assistito, per incompatibilità alla prosecuzione della presa in carico nel contesto organizzativo del Servizio.

Sono stati, inoltre, segnalati due eventi di caduta accidentale nel Servizio Non Residenziale Ambulatoriale, di cui uno provocato da spinta involontaria di un bambino nei confronti di un altro bambino e l’altro accorso ad una persona adulta con difficoltà di deambulazione, la quale è inciampata su un perno a terra di una porta d’emergenza rimasta incidentalmente aperta.

Le azioni messe in pratica sono state le seguenti:

- Compilazione delle apposite schede di segnalazione e registrazione degli eventi in cartella;
- Laddove necessario il medico che ha prestato soccorso ha provveduto, anche a richiedere eventuali approfondimenti clinico-strumentali e/o chiamare il 118;

- In un caso è stato necessario procedere alla dimissione di un paziente del Servizio Semiresidenziale, previa comunicazione scritta alla famiglia e ai competenti servizi distrettuali dell'ASL, per incompatibilità alla prosecuzione della presa in carico nel contesto organizzativo del Servizio, a causa di importante disregolazione emotivo-comportamentale e ripetuti episodi di eteroaggressività messi in atto nei confronti di operatori;
- Organizzazione di due turni di accompagnamento in uscita dei pazienti del servizio semiresidenziale che usufruiscono del trasporto esterno, onde evitare il verificarsi di cadute accidentali;
- L'RSPP ha ritenuto congruo collocare, come ulteriore misura di sicurezza, un cancelletto all'ingresso di alcune classi del Servizio Semiresidenziale nelle quali sono presenti utenti con problematiche comportamentali;
- Sensibilizzazione di tutti gli operatori a tenere correttamente chiuse le porte d'emergenza, sia con appositi manifesti apposti sulle porte, sia con comunicazione sull'intranet aziendale.

Tabella 2 - Eventi segnalati nel 2024 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti 2024 ^(B)	Azioni di miglioramento 2025	Fonte del dato 2024
Near Miss ^(A) (quasi evento)	n.3	Quadro psico-patologico dei pazienti in carico al servizio semiresidenziale che presentano, spesso, disregolazione emotiva-comportamentale con comportamenti problema (etero- aggressività, tentativi di fuga, agitazione psicomotoria) e ridotta autonomia psico-fisica e relazionale. Gli eventi accorsi nel servizio ambulatoriale sono da attribuire sia all'età e alla fragilità dei pazienti sia a fattori legati a problematiche infrastrutturali	100% Procedure e comunicazione	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi ^(A) (evento lieve/moderato)	n.4			
Eventi Sentinella ^(A) (evento severo/morte)	n.0			
Eventi correlati alle ICA	n.0			

Tabella 3 - 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)
2024	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
2023	n. 1 sinistro	Pratica liquidata il 03/12/2024.
2022	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
2021	n. 1 sinistro	Pratica liquidata il 26/07/2022
2020	Nessun sinistro	Nessun risarcimento
Totale	n. 2 sinistri	Nessun risarcimento in atto

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

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Sono presentate, in forma sintetica dei dati sotto forma di tabella delle polizze assicurative contratte dalla nostra struttura a copertura delle RCT (Responsabilità Civile contro Terzi in ambito sanitario) di cui riportiamo i dati salienti:

Tabella 4 - Elenco polizze attive sulla struttura

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio / Note
2024	08/04/2025	Sara Assicurazioni	9000,00 Euro	1000 Euro per Sinistro	

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS 2024

Di seguito il dettaglio rispetto alle attività e obiettivi previsti nel PARS 2024

Tabella 5 - Resoconto delle attività del piano precedente

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.		
Attività	Realizzata^(A)	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 – progettazione ed esecuzione di almeno un'attività formativa BLSD e PBLSD	NO	Il corso di formazione, previsto nel 2024, non è stato svolto per problemi di carattere organizzativo ed è stato riprogrammato nel 2025.
ATTIVITÀ 2 – progettazione ed esecuzione di almeno un'attività formativa rivolta agli operatori del Servizio Semiresidenziale sulla gestione dei comportamenti problema	NO	Il corso di formazione, previsto nel 2024, non è stato svolto per problemi di carattere organizzativo ed è stato riprogrammato nel 2025.
ATTIVITÀ 3 – revisione della procedura di gestione del Rischio clinico con particolare riguardo alla gestione dei near misses, allo scopo di individuare precocemente, attraverso l'analisi degli stessi, eventuali fattori causali ed intervenire sugli stessi	NO	La revisione della procedura verrà ultimata nel 2025.
ATTIVITÀ 4 – revisione e condivisione di procedure interne	SI	Pur non previste nel precedente PARS, nel 2024 sono state revisionate e condivise le seguenti procedure interne: Procedura di acquisizione del consenso informato; procedura di gestione dei farmaci del servizio semiresidenziale; procedura gestione carrello d'emergenza; procedura di primo soccorso; procedura di gestione dei progetti riabilitativi del servizio semiresidenziale.

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

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
<p>ATTIVITÀ 1 – monitoraggio e verifica dei rischi collegati agli Eventi e/o potenziali eventi.</p> <p>Realizzazione di audit di verifica della corretta compilazione e completezza della cartella clinica</p>	SI	<p>Verificare nella tabella eventi</p> <p>Nel 2024 sono stati realizzati n 3 audit di verifica, rispettivamente in data 23/05/2024, 25/07/2024 e 06/11/2024</p>

OBIETTIVO F) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
<p>ATTIVITÀ 1 – mantenere ed implementare la buona prassi e la cultura della pulizia delle mani negli operatori, pazienti e visitatori.</p> <p>Diffusione piano d'azione locale sull'igiene delle mani e l'utilizzo dei guanti.</p> <p>Monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani.</p> <p>Effettuare il questionario di autovalutazione</p>	SI	<p>Tutto il personale è stato formato attraverso il corso "Igiene delle Mani" che si è svolto tra settembre 2023 e dicembre del 2023.</p> <p>Il servizio prevenzione e protezione (RSPP), con la collaborazione del Risk Manager, ha effettuato un'informazione verbale nei diversi servizi della struttura sulla importanza dell'igiene delle mani e la prevenzione delle ICA.</p> <p>Con riferimento al Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle mani, nel mese di marzo 2024 è stato elaborato dalla Direzione Sanitaria, in collaborazione con il Risk Manager e l'RSPP, il <i>piano d'azione locale sull'igiene delle mani</i></p>

OBIETTIVO F) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
		<p>adattato al contesto organizzativo della nostra struttura. Il piano d'azione locale, unitamente al piano d'intervento regionale, sono stati diffusi a tutto il personale via mail sull'intranet aziendale. Si è provveduto ad effettuare un check dei dispenser automatici di soluzione idroalcolica e a far sostituire quelli non funzionanti. L'importanza dell'igiene delle mani è stata altresì, promossa ai pazienti e visitatori, attraverso l'esposizione di materiale informativo del Ministero della Salute in punti visibili a tutti (locandine affisse in sala d'attesa e poster affissi in prossimità di ogni lavandino e di ogni dispenser fisso di soluzione idroalcolica).</p> <p>Nel 2024 sono stati consumati 18 Lt di soluzione idroalcolica.</p> <p>E' stato effettuato il questionario di autovalutazione.</p>

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

Tabella 6 - Matrice delle Responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario	Risk Manager	Referente Amministrativo	Presidente / Consiglio di amministrazione	Segreteria Generale	Segreterie
Redazione PARS (eccetto i punti: 1, 2, 3, 7 e 8)	C	R	C	C	C	C
Redazione punti 1, 2 e 3	R	C	C	I	C	C
Redazione punto 7 e 8	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	I	I
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7 e 8)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto 7 e 8	R	C	I	I	I	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

7. OBIETTIVI E ATTIVITA'

7.1 Obiettivi

Dei sette obiettivi strategici definiti a livello regionale, la nostra struttura, in virtù anche del contesto organizzativo e della tipologia assistenziale per cui è accreditata con la Regione Lazio, sceglie di dare priorità ai macro obiettivi A, B, F.

- A. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- 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;
- F. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento degli stessi.

7.2 Attività

In questa sezione sono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi A, B, F, come precedentemente definiti, scelti dalla Nostra Struttura.

A mero titolo esemplificativo ad esempio:

- l'Obiettivo A) *Diffondere la cultura della sicurezza delle cure*, potrà essere perseguito attraverso l'organizzazione di corsi di formazione/informazione e/o diffusione sull'intranet aziendale di procedure interne e/o di documenti regionali e nazionali;
- l'Obiettivo B) *Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa* potrà articolarsi nell'analisi delle cartelle cliniche, anche attraverso l'utilizzo di audit, nell'elaborazione o revisione di procedure interne volte, anche, al recepimento di documenti nazionali e internazionali;
- l'Obiettivo F) *Implementazione del piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani*, potrà essere declinato attraverso la diffusione sull'intranet aziendale del Piano d'azione locale sull'igiene delle mani 2025, il questionario di autovalutazione, l'affissione di locandine e materiale divulgativo in posti visibili a tutti, l'organizzazione di attività formative/informative.

Tabella 7 - Declinazione delle attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una attività formativa BLSD e PBLSD		
INDICATORE		
Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025		
STANDARD		
Partecipazione del 90% del personale sanitario. Registrazione delle firme dei partecipanti su registro interno		
FONTE		
Direzione Sanitaria, Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria- Risk manager-RSPP	Consiglio di amministrazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 2 – progettazione ed esecuzione di almeno un'attività di formazione rivolto agli operatori del Semiresidenziale sulla gestione dei comportamenti problema, e sulla gestione delle crisi epilettiche

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025

STANDARD

Partecipazione del 90% del personale sanitario in servizio al semiresidenziale. Registrazione delle firme dei partecipanti su registro interno

FONTE

Direzione Sanitaria, Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria- Risk manager-RSPP	Consiglio di amministrazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 3 – ultimare la revisione della procedura di Gestione del Rischio Clinico (PO 21), con particolare riguardo alla gestione dei near misses, allo scopo di individuare precocemente, attraverso l'analisi degli stessi, eventuali fattori causali ed intervenire sugli stessi.

INDICATORE revisione della procedura entro il 31/12/2025

STANDARD

Condivisione , attività informativa e diffusione sull'intranet aziendale

FONTE

Direzione Sanitaria, Risk Manager, RSPP

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria- Risk manager-RSPP	Medici e Consiglio di amministrazione?
Allineamento della procedura alla normativa	R	C
Verifica del documento	C	R
Approvazione nuova procedura	R	I

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

ATTIVITÀ 1 –Realizzazione di audit di verifica della corretta compilazione e completezza della cartella clinica; revisione procedure interne e regolamenti

INDICATORE

proseguire con gli audit di verifica della cartella clinica e con la revisione di procedure interne
STANDARD effettuare almeno 2 audit di verifica della cartella clinica nel 2025 e proseguire con la revisione di procedure interne e dei regolamenti nel 2025

FONTE Risk Manager, RSPP, Direzione sanitaria

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager, RSPP, Direzione Sanitaria	Medici
Raccolta e analisi	R	C
Definizione Azioni	C	R
Esecuzione Azioni	C	R

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

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

ATTIVITÀ 1 – Analisi dei rischi collegati agli Eventi e/o potenziali;

INDICATORE: Attivare un'azione di "mitigazione del rischio" estesa a fronte di un Evento e/o Near Miss

STANDARD: effettuare almeno un giro della sicurezza nel 2025

FONTE Risk Manager, RSPP

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk Manager-RSPP	Medici –Direzione Sanitaria?
Raccolta e analisi	R	C
Definizione Azioni	C	R
Esecuzione Azioni	C	R

OBIETTIVO F) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

ATTIVITÀ 1 – mantenere ed implementare la buona prassi e la cultura della pulizia delle mani negli operatori, pazienti e visitatori.

INDICATORE

monitoraggio consumo di gel idroalcolico e sapone
 Diffusione e analisi del questionario anonimo di autovalutazione
 Piano d'azione locale per l'igiene delle mani anno 2025 e consolidamento degli obiettivi previsti nel "Piano d'azione Locale sull'igiene delle mani 2024".
 Programmazione e organizzazione di attività di formazione/informazione sull'importanza dell'igiene delle mani come prevenzione delle ICA
 Monitoraggio dei dispenser di prodotti per l'igiene delle mani (soluzione idroalcolica/sapone) ed eventuale sostituzione di eventuali dispenser difettosi o malfunzionanti; mappatura delle locandine/poster presenti in struttura ed eventuale affissione di altri

STANDARD

Partecipazione del 90% del personale sanitario alle attività formative/informative.
 Registrazione dei partecipanti su registro interno
 Adesione al questionario pari al 90%
 Mantenere il consumo di prodotto a base alcolica agli standard dell'OMS

FONTE

RSPP, Risk Manager

Azione	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
	Risk Manager, RSPP	Servizi riabilitativi	Direzione Sanitaria
Raccolta e analisi	R	C	C
Definizione Azioni	R	C	C
Esecuzione Azioni	R	C	C

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato.

8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La Direzione garantisce la diffusione del PARS attraverso:

- Pubblicazione sul sito web della struttura
- Affissione in bacheca delle comunicazioni
- Trasmissione al Centro Regionale Rischio Clinico

9 RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA

9.1 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. 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”;
9. Determinazione Regionale n.G04112 del 01 aprile 2014 recante “Approvazione del documento recante: ‘Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA)”;
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;

11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”;
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;
13. 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”;
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti
15. 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”;
16. Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management recante “Adempimenti LEA 2017”;
17. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
18. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017”.
19. Determinazione n. G00163 2019 del 11 gennaio 2019 “Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
20. Comunicazione relativa all’elaborazione del PARM 2021 della Regione Lazio U0884520 del 15/10/2020.
21. Determinazione G00643 del 25/01/2022 della Regione Lazio avente ad oggetto l’adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS).

9.2 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: “Risk Management in Sanità- il problema degli errori” Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 “Safe Surgery Save Live”;
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organization accidents, 1997;

5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Corrado Papa, Chiara Lozupone. La Legge Gelli-Bianco. Un momento ulteriore di riflessione verso un approccio sistemico Risk – Based;
7. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017;
8. Norme ISO 9001:2015 e 19011:2019
9. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
10. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp/lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza;
11. AHRQ Quality Indicators: Guide to Patient Safety Indicators
<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/default.aspx>;
12. Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023) (GU Serie Generale n.23 del 29-01-21- Supplemento Ordinario n.7)
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/01/29/21A00476/sg>.

