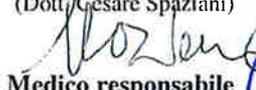
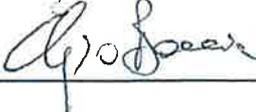


PARS - PIANO ANNUALE

PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO R.S.A E CENTRO DIALISI SANT'ELISABETTA

ANNO 2024



data	Redazione e verifica			Approvazione
Febbraio 2024	Risk Manager (Sig.ra Stéphanie Vidal) 	Responsabile struttura (Sig.ra Maria Giacomini) 	Medico responsabile (Dott. Cesare Spaziani)  Medico responsabile dialisi (Dott. Eligio Boccia) 	Direttore Generale (Dott. Tullio Ciarrapico) 

PARS R.S.A E CENTRO DIALISI SANT'ELISABETTA

ANNO 2024

INDICE:

1 - Contesto organizzativo	3
2 - Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	5
3 - Descrizione della posizione assicurativa	5
4 - Resoconto delle attività del PARS precedente	6
5 - Matrice delle responsabilità.....	8
6 - Obiettivi e attività.....	8
6.1 - Obiettivi.....	8
6.2 - Attività.....	8
7 - Modalità di diffusione	10
8 - Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia	10

Allegati:

- Piano di azione locale igiene delle mani 2024

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Sant'Elisabetta ospita una RSA e un CENTRO DIALISI

1.1 A) Contesto organizzativo RSA

RSA SANT'ELISABETTA - D.C.A. U00391 del 02/09/2013 con oggetto: Provvedimento di conferma dell'Autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo in favore del Presidio sanitario denominato RSA "Sant'Elisabetta", con sede operativa in Via Guglielmo Marconi n. 1 – 03014 Fiuggi (FR), gestito dalla Eurosanità SpA (P.IVA 06726891002), con sede legale in P.zza dei Caprettari n. 70 – 00186 Roma.

La **RSA Sant'Elisabetta** è in grado di ospitare:

- Persone con patologie cronico-degenerative stabilizzate, handicap fisici, psichici e sensoriali.
- Pazienti non autosufficienti, che non sono gestibili a domicilio e che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Oltre a fornire l'ospitalità, la struttura eroga prestazioni sanitarie e socio-assistenziali per il recupero – dove possibile – del danno funzionale, e per il reinserimento sociale.

Agli ospiti sono garantite tutte le prestazioni di routine legate all'aspetto infermieristico-assistenziale.

Nella **RSA** le prestazioni di medicina generale sono svolte dal medico di medicina generale, il quale è responsabile dell'assistenza medica dell'ospite nei limiti e alle condizioni previste dall'Accordo Collettivo Nazionale.

All'interno della nostra struttura operano le seguenti **figure professionali**: Medico Responsabile, Psicologa, Assistente Sociale, Dietista, Coordinatrice, Infermieri, Fisioterapisti, Terapisti occupazionali, Ausiliari socio-sanitari.

Fisioterapia: Le attività di fisioterapia sono orientate al recupero dei deficit motori e per il mantenimento delle capacità funzionali residue.

Il programma riabilitativo è individuale e prevede il rinforzo della muscolatura e il miglioramento della mobilità articolare. A seguito di interventi chirurgici, traumi o patologie, l'obiettivo è la riacquisizione della abilità di deambulazione, nei limiti delle condizioni individuali del paziente.

A seconda della entità del deficit motorio, le attività di fisioterapia si svolgono in camera o in palestra.

Terapia occupazionale: L'obiettivo della terapia occupazionale è quello di far acquisire una maggiore autonomia nelle attività di vita quotidiana col fine ultimo di migliorare la qualità di vita della persona. Le tecniche espressive e manuali mirano al mantenimento e o al recupero delle capacità individuali, mentre la musicoterapia e le attività ricreative sono finalizzate alla socializzazione.

A tali attività partecipano associazioni di volontariato presenti sul territorio, collaborando con il personale della struttura.

1.1 B) Contesto organizzativo Centro Dialisi

CENTRO DIALISI SANT'ELISABETTA – D.C.A. U00392 del 02/09/2013 con oggetto: Provvedimento di conferma all'Autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale definitivo in favore del Presidio sanitario denominato "Sant'Elisabetta Dialisi", con sede operativa in Via Guglielmo Marconi n. 1 – 03014 Fiuggi (FR), gestito dalla Eurosanità SpA (P.IVA 06726891002), con sede legale in P.zza dei Caprettari n. 70 – 00186 Roma.

Il Centro dialisi è costituito da:

- Una sala dialisi dotata di 8 posti.
- Una sala dialisi contumaciale.

L'**ambulatorio di emodialisi** è in grado di fornire ai pazienti prestazioni specialistiche in tema di diagnosi e terapia durante la fase della terapia dialitica sostitutiva.

Presso il Centro dialisi sono adottate tutte le precauzioni necessarie, nel rispetto delle linee guida universali emanate dai CDC di Atlanta e delle misure specifiche.

Il centro dispone di apparecchiature conformi alla normativa vigente, gestite e controllate secondo le procedure aziendali in vigore.

Le tecniche dialitiche effettuate vanno dall'emodialisi standard in bicarbonato alla emodiafiltrazione on line.

Il nostro **centro dialisi** fornisce le seguenti prestazioni:

- Gestione dei controlli clinico-laboratoristici periodici del paziente in trattamento cronico, come previsto dalla vigente normativa e secondo i principi di scienza e conoscenza.
- Gestione della programmazione periodica degli esami strumentali necessari per un corretto follow-up delle problematiche cliniche legate alla uremia e ad altre patologie a essa associate.
- Gestione del percorso diagnostico dei pazienti idonei per un programma di dialisi peritoneale, dove il paziente lo richieda o il medico lo ritenga opportuno, in collaborazione con i centri di riferimento degli ospedali a noi contigui.
- Gestione del percorso diagnostico dei pazienti idonei per un programma di trapianto, al fine di un loro inserimento in lista attesa per trapianto renale o multiorgano, dove necessario.
- Gestione della terapia domiciliare del paziente, con rilascio a ogni controllo di uno schema terapeutico aggiornato e consegna dei farmaci a erogazione diretta.
- Gestione degli accessi non programmati, legati alla presenza di problemi clinici che richiedono un appropriato intervento terapeutico.
- Periodici controlli della adeguatezza dialitica mediante test specifici, con l'utilizzo di un programma che in base ai dati acquisiti permette di formulare nuove proposte di trattamenti, grazie alla simulazione dei risultati raggiungibili.

Il servizio fornisce una disponibilità telefonica continua nella giornata per rilevare e risolvere possibili problemi tecnici insorti nel corso del trattamento, per chiarimenti terapeutici e per valutare nuove problematiche cliniche.

- **RSA Sant'Elisabetta: 40 posti letto accreditati**

DATI STRUTTURALI		
Tipologia assistenziale	Nuclei	Posti letto Accreditati
Mantenimento Alto	1° Nucleo	20
Mantenimento Alto	2° Nucleo	20

- **Centro Dialisi Sant'Elisabetta: 10 posti letto accreditati**

DATI STRUTTURALI		
Tipologia assistenziale		Posti letto Accreditati
Dialisi	Posti letto Dialisi	8
Dialisi	Posti letto HBsAg+	2

DATI ATTIVITÀ 2022	
Ricoveri Ordinari Sant'Elisabetta	36 pari 9.629 giornate di degenza
Trattamenti di emodialisi	2536

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Tabella 5 – Eventi segnalati nel 2023 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Eventi dell'ultimo triennio

Anno	N° Near miss	N° Eventi avversi	N° Eventi sentinella	Principali fattori causa/ contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
2023	0	4 (danno lieve 2) (danno grave 2)	0	Organizzativi 100%	Organizzative	Sistemi di reporting
2022	1 (cadute 100%)	0	0	Organizzativi 100%	Organizzative	Sistemi di reporting
2021	0	4 (danno lieve 1) (danno grave 3)	0	Organizzativi 100%	Organizzative	Sistemi di reporting

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Anno	Sinistri	Risarcimenti erogati (Euro)		
	N° di aperture annuali	Sentenze di condanna	Chiusure stragiudiziali	Totale
2023	0	0	0	0
2022	0	0	0	0
2021	1	0	0	0
2020	0	0	0	0
2019	0	0	0	0

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza – scadenza	Compagnia Assicurativa	Premio netto	Franchigia	Brokeraggio
2023	18/04/2023- 18/04/2024	UnipolSai	8.310,00	10.000	GB SAPRI S.p.A.
2022	18/04/2022- 18/04/2023	UnipolSai	6.797,00	10.000	GB SAPRI S.p.A.
2021	18/04/2021- 18/04/2022	UnipolSai	8.310,00 + regolazione	10.000	GB SAPRI S.p.A.

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

PARS 2023

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo
Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla prevenzione delle ICA
Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2023
Realizzata NO
Stato di attuazione/relazione Non è stato possibile effettuare il corso entro la fine dell'anno 2023, per motivi organizzativi. L'esecuzione è prevista nel primo trimestre 2024.

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- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla prevenzione delle cadute
Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2023
Realizzata SI
Stato di attuazione/relazione E' stato effettuato un corso di formazione sulla prevenzione delle cadute a cura dell'AON con l'obiettivo di incrementare la conoscenza e la consapevolezza degli operatori rispetto al tema cadute, sollecitando un atteggiamento <i>no blame</i> , proattivo ed orientato alla corretta gestione dei casi per il miglioramento dell'organizzazione. Corso a cui hanno partecipato infermieri, fisioterapisti e OSS.

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 2- Organizzazione di Audit clinici in caso di eventi critici
Indicatore Effettuazione di audit in caso di eventi avversi segnalati meritevoli di approfondimento
Realizzata SI
Stato di attuazione/relazione Vengono eseguiti audit in caso di evento critico o di circostanza per la quale si sono riscontrate problematiche particolari. Quindi in caso di evento inatteso che comprende la morte o gravi lesioni fisiche o psichiche viene avviata una indagine immediata. Indagine che ha anche la finalità di individuare criticità cliniche, assistenziali e organizzative che possono aver contribuito alle criticità segnalate. In tali casi, all'esito dell'audit si procede all'implementazione dei meccanismi correttivi. Si tratta quindi di un processo di miglioramento della qualità dell'assistenza al paziente e degli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza nel rispetto delle più aggiornate linee guida.

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 3- Aggiornamento della procedura di prevenzione e gestione delle lesioni da pressione (LdP)

Indicatore

Revisione/aggiornamento della procedura

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

E' stata aggiornata la procedura per la prevenzione delle lesioni da pressione con particolare riguardo alla loro corretta stadiazione e classificazione e dalle tipologie di medicazione. Sono state introdotte nuove schede per la medicazione e la registrazione del cambio di postura.

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 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

Attività 1- monitoraggio del piano di azione locale sull'igiene delle mani

Indicatore

Monitoraggio del piano di azione locale

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

E' stato monitorato il piano di azione sull'igiene delle mani 2023.

E' stato predisposto il piano formativo e quindi eseguita l'attività di formazione del personale, ovvero dei formatori e degli osservatori.

E' stata eseguita la valutazione della struttura, sulla base della quale è stato elaborato il piano 2023/2024 allegato al presente documento.

OBIETTIVO D)

Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)

Attività 1- sviluppare programma di buon uso degli antibiotici

Indicatore

Sviluppare programma in base ai dati raccolti

Indicatore

Elaborazione della procedura

Realizzata

NO

Stato di attuazione/relazione

Sono stati raccolti i dati del consumo di antibiotici ma è ancora in corso lo sviluppo del programma. Si propone di completare l'attività i primi mesi del 2024.

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ DEL PARS

Il Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario viene redatto dal Risk Manager e approvato dal Direttore Generale. Vengono coinvolti inoltre il Direttore Generale, il medico responsabile/presidente del CICPA, il responsabile di struttura ed eventuali strutture amministrative e/o di supporto. Il Risk Manager provvede al suo Monitoraggio.

AZIONE	Risk Manager/ Ufficio legale	Direttore Generale	Medico responsabile/ Presidente del CICPA (rischio infettivo)	Direttore Amministrativo	Strutture amministrative e tecniche di supporto
Redazione PARS	R	C	R	C	C
Validazione PARS	C	R	C	C	/
Monitoraggio PARS	R	I	R	C	C

Legenda: R: responsabile - C: coinvolto - I: interessato

6. OBIETTIVI E ATTIVITA'

6.1 OBIETTIVI

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- 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 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

6.2 ATTIVITA'

OBIETTIVO A)			
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo			
Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla prevenzione delle ICA			
Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024			
Standard SI			
Fonte Responsabili del personale, responsabili di struttura, risk manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Responsabili del personale	Responsabili di struttura	Risk Manager
Esecuzione del corso	R	C	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- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso di formazione sulla prevenzione delle cadute

Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024

Standard

SI

Fonte

Responsabili del personale, responsabili di struttura, risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Responsabili del personale	Responsabili di struttura	Risk Manager
Esecuzione del corso	R	C	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 2- Organizzazione di Audit clinici in caso di eventi critici

Indicatore

Effettuazione di audit in caso di eventi avversi segnalati meritevoli di approfondimento

Standard

SI

Fonte

Risk manager, medici responsabili, responsabili di struttura

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Medici responsabili	Responsabili di struttura
Effettuazione audit	R	C	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 3- Revisione/Aggiornamento della procedura per lo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

Indicatore

Revisione/aggiornamento della procedura

Standard

SI

Fonte

Medici responsabili, farmacia, responsabili di struttura, Risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Medici responsabili	Farmacia	Responsabili di struttura	Risk manager
Revisione/aggiornamento procedura	R	C	C	I

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 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi				
Attività 1- monitoraggio del piano di azione locale sull'igiene delle mani (compreso monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica)				
Indicatore Monitoraggio del piano di azione locale e del consumo di soluzione idroalcolica				
Standard SI				
Fonte Farmacia, responsabile di struttura, medici responsabili, risk manager				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	farmacia	Medici responsabili	Responsabili di struttura	Risk Manager
Monitoraggio	R	C	C	I

OBIETTIVO D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)				
Attività 1- sviluppare programma di buon uso degli antibiotici				
Indicatore Sviluppare programma in base ai dati raccolti – prosecuzione dell'attività iniziata nel 2023.				
Standard SI				
Fonte Medici responsabili, responsabili di struttura, farmacia, risk manager				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Medici responsabili	Responsabili di struttura	Risk Manager	Farmacia
Raccolta dati	C	C	I	R
Elaborazione programma	R	C	I	I

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE

Il PARS, una volta approvato, verrà pubblicato sulla *home page* del sito internet della struttura e condiviso con tutte le figure coinvolte nella sua elaborazione e approvazione.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI, BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

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

- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- 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";
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n: U00017 recante: Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014
- 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";
- Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti)";
- 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";
- Determinazione Regionale n. 616829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- 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";
- 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";
- Determinazione n. G01226 del 02/02/2018 Approvazione documento recante "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017"
- Determinazione n. G00164 dell' 11/01/2019 Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
- Circolare Ministero delle Salute del 6/12/2019 con aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemasi (CPE).
- Deliberazione Regione Lazio del 21/12/2021 n. 970- Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021 2025
- Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022: Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario.(PARS)".
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022–2025.
- Determinazione Regione Lazio del 06/11/2022 n. G15198 Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016
- Determinazione Regione Lazio del 28/11/2022 n. G16501- Approvazione del Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).
- Nota Regione Lazio del 22/01/2024 sull'elaborazione del PARS 2024.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità - il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO - World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
- The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
- Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997;
- Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
- 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=911&area=qualita&menu=formazione;
- 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
 ; -http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenuti Dettaglio&id=311.

RSA E CENTRO DIALISI SANT'ELISABETTA

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

ANNO 2024

Il piano di intervento è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani. Le cinque sezioni sono:

- 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 commitment**

Sezione A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI: Dotazioni quantitativamente e qualitativamente adeguate per consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani. Disponibilità di dispenser di soluzione idroalcolica per ogni punto di assistenza.

Sezione B: FORMAZIONE DEL PERSONALE: promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari, in relazione agli obiettivi da raggiungere.

Il piano dovrebbe prevedere obiettivi formativi differenziati per tre principali categorie di operatori:

- Formatori;
- Osservatori: figure in possesso delle capacità, dell'addestramento e dell'esperienza necessari per rilevare correttamente le opportunità secondo il metodo OMS dei cinque momenti riducendo al minimo i potenziali fattori di confondimento;
- Operatori sanitari.

Contenuti minimi della formazione: Definizione e impatto delle ICA; Principali modalità di trasmissione delle infezioni; La prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani; L'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani; Strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA.

Sezione C: MONITORAGGIO E FEEDBACK: monitoraggio continuo dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico- assistenziale. Utile a misurare i cambiamenti indotti dall'implementazione degli interventi e accertare l'efficacia nel migliorare la pratica dell'igiene delle mani, la percezione della sua importanza nella riduzione delle ICA e la conoscenza dei cinque momenti tra gli operatori sanitari. L'osservazione diretta, principale attività di monitoraggio (attraverso la scheda di osservazione), valuta il grado di rispetto dell'igiene delle mani, il grado di adesione da parte degli operatori e identifica eventuali criticità.

Sezione D: COMUNICAZIONE PERMANENTE: per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni e le procedure appropriate per la sua esecuzione. Affissioni sulla corretta tecnica di frizione con soluzione alcolica o di lavaggio delle mani, in prossimità di ogni lavandino e di ogni dispenser fisso di soluzione alcolica.

Sezione E: CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: stimolare gli operatori ad un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani ed adeguato supporto alle attività di prevenzione.

LIVELLI DI VALUTAZIONE:

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire alle strutture di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie. Il punteggio, in analogia al documento OMS, individua quattro livelli:

- **INADEGUATO**: la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
- **BASE**: sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento.
- **INTERMEDIO**: è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
- **AVANZATO**: la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

RESOCONTO DEL PIANO DI AZIONE LOCALE 2023

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

PUNTEGGIO: 100

LIVELLO: AVANZATO

AZIONI PROGRAMMATE

STATO DI ATTUAZIONE

Verifica periodica del corretto approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani; della loro distribuzione. Verifica che siano disponibili più tipi di dispenser a seconda delle esigenze e del punto di assistenza.

Realizzata: SI - parzialmente
Verifica effettuata a dicembre.
Eseguite azioni di ripristino in caso di dispenser non funzionanti. Tutto nella norma.

R: direzione della struttura,
C: coordinatrice pulizie struttura, C: medico responsabile,
C: servizio di manutenzione e farmacia, C: risk manager
T: entro il 31/12/2023
M: trimestrale

Verifica periodica della manutenzione dei lavandini e dispenser

Realizzata: SI - parzialmente
Verifica effettuata a dicembre. Tutto nella norma.

R: direzione della struttura,
C: servizio di manutenzione, C: risk manager
T: entro il 31/12/2023
M: semestrale

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

PUNTEGGIO: 60

LIVELLO: INTERMEDIO

AZIONI PROGRAMMATE

STATO DI ATTUAZIONE

Identificare i formatori e gli osservatori

Realizzata: SI
Identificati:
Formatore: caposala sig.ra
Alessandra Calicchia
Osservatore: Signora Rita Ascenzi

R: direzione della struttura
C: medico responsabile, C: caposala, C: ufficio del personale,
C: risk manager
T: entro il 31/12/2023
M: annuale

Definire il piano formativo a tutti gli operatori sanitari, compresi neo assunti

Realizzata: SI
Definito il piano formativo che prevede la formazione di tutto il personale paramedico in forza (e neo assunti). Predisposto questionario di valutazione delle competenze. La formazione è stata completata (formatori e osservatori).

R: direzione della struttura,
C: medico responsabile, C: caposala, C: ufficio del personale,
C: risk manager
T: entro il 31/12/2023
M: annuale

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

PUNTEGGIO: 82.5

LIVELLO: AVANZATO

AZIONI PROGRAMMATE

STATO DI ATTUAZIONE

Esecuzione delle attività di osservazione con cadenza semestrale

Realizzata: SI - parzialmente
Osservazione eseguita a dicembre. Risultati condivisi con i formatori, la direzione della struttura ed il risk manager.

R: direzione della struttura
C: caposala, osservatori e formatori, C: medico responsabile,
C: risk manager
T: entro il 31/12/2023
M: semestrale

Indagine sul consumo di soluzione idroalcolica R: direzione della struttura, C: medico responsabile, C: farmacia, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: semestrale	Realizzata: SI Rilevazione del consumo eseguita, come da protocollo.
Esecuzione della valutazione annuale della struttura R: direzione della struttura C: medico responsabile, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: annuale	Realizzata: SI Eseguita valutazione annuale della struttura discussa con la direzione. E' in corso la redazione del piano per l'anno prossimo, sulla base dei risultati ottenuti.
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	
PUNTEGGIO: 85	LIVELLO: AVANZATO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
Verifica che il materiale informativo sia esposto in tutti gli ambienti clinici. Verifica che il materiale sia in buone condizioni e chiaramente esposto. R: direzione della struttura C: caposala, C: servizio di manutenzione, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: semestrale	Realizzata: SI Verifica eseguita.
Verifica che il materiale informativo sia aggiornato. R: direzione della struttura C: caposala, C: servizio di manutenzione, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: semestrale	Realizzata: SI Verifica eseguita semestralmente. Il materiale risulta aggiornato.
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	
PUNTEGGIO: 75	LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
Istituire, all'interno del CCICA un gruppo operativo per attuare il piano d'azione locale della struttura e promuovere nuove iniziative. Ad ogni riunione verbalizzare risultati e rivedere il piano di azione di conseguenza. R: direzione della struttura C: CCICA, C: medico responsabile C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: trimestrale	Realizzata: posticipata a febbraio 2024. Il gruppo operativo verrà definito nella prossima riunione che si terrà a febbraio 2024.

PIANO DI AZIONE LOCALE 2024

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

PUNTEGGIO: 75

LIVELLO: INTERMEDIO

AZIONI PROGRAMMATE

STATO DI ATTUAZIONE

Verifica periodica del corretto approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani; della loro distribuzione. Verifica che siano disponibili più tipi di dispenser a seconda del punto di assistenza. Verifica dello stato dei dispenser

R: direzione della struttura

C: ufficio tecnico e farmacia, C: direttore sanitario C: risk manager

T: entro il 31/12/2024

M: trimestrale

Verifica periodica della manutenzione dei lavandini

R: direzione della struttura

C: ufficio tecnico, C: risk manager

T: entro il 31/12/2024

M: semestrale

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

PUNTEGGIO: 70

LIVELLO: INTERMEDIO

AZIONI PROGRAMMATE

STATO DI ATTUAZIONE

Definire idonee modalità per garantire una formazione obbligatoria per i neo assunti

R: direzione della struttura,

C: formatori e osservatori, C: direzione sanitaria, C: ufficio del personale, C: risk manager

T: entro il 31/12/2023

M: annuale

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

PUNTEGGIO: 82.5

LIVELLO: AVANZATO

AZIONI PROGRAMMATE

STATO DI ATTUAZIONE

Esecuzione delle attività di osservazione con cadenza semestrale

R: direzione della struttura

C: formatori e osservatori, C: direzione sanitaria, C: risk manager

T: entro il 31/12/2023

M: semestrale

<p>Presentare i risultati delle osservazioni ad ogni riunione del C-ICPA ed alla direzione della struttura</p> <p>R. C-ICPA C: direzione della struttura, C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: trimestrale</p>	
<p>Indagine sul consumo di soluzione idroalcolica</p> <p>R: direzione della struttura C: farmacia, C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: semestrale</p>	
<p>Feedback sistematico dei dati sugli indicatori e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari</p> <p>R: direzione della struttura C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: annuale</p>	
<p>Esecuzione della valutazione annuale della struttura</p> <p>R: direzione della struttura C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: annuale</p>	
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	
PUNTEGGIO: 75	LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
<p>Verificare che il materiale informativo sia esposto in tutti gli ambienti clinici. Verificare che il materiale sia in buone condizioni e chiaramente esposto.</p> <p>R: direzione della struttura C: formatori e osservatori, C: ufficio tecnico, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: semestrale</p>	
<p>Verificare che il materiale informativo sia aggiornato.</p> <p>R: direzione della struttura C: formatori e osservatori, C: direzione sanitaria, C: ufficio tecnico, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: semestrale</p>	

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	
PUNTEGGIO: 70	LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
<p>Istituire, all'interno del C-ICPA un gruppo operativo per attuare il piano d'azione locale della struttura e promuovere nuove iniziative. Ad ogni riunione verbalizzare risultati e rivedere il piano di azione di conseguenza.</p> <p>R: C-ICPA C: direzione della struttura, C: direzione sanitaria C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: trimestrale</p>	
<p>Stabilire un programma per un maggior coinvolgimento dei pazienti/familiari</p> <p>R: direzione della struttura, C: C-ICPA, C: direzione sanitaria C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: annuale</p>	

Piano approvato dal C-ICPA

CALENDARIO DELLE ATTIVITA' 2024:

MARZO:

- Verifica approvvigionamento dei prodotti e disponibilità di varie tipologie di dispenser (sezione A- Trimestrale)
- Osservazione (sezione C- semestrale)
- Verifica del materiale informativo (sezione D- semestrale)
- Definire idonee modalità per garantire una formazione obbligatoria per i neo assunti (annuale)
- Istituzione del Gruppo operativo all'interno del C-ICPA (sezione D).

GIUGNO:

- Verifica approvvigionamento dei prodotti e disponibilità di varie tipologie di dispenser (sezione A- Trimestrale)
- Verifica manutenzione lavandini e dispenser (sezione A- semestrale)
- Esame del consumo di soluzione idroalcolica (sezione C- semestrale)

SETTEMBRE:

- Verifica approvvigionamento dei prodotti e disponibilità di varie tipologie di dispenser (sezione A- Trimestrale)
- Osservazione (sezione C- semestrale)
- Verifica del materiale informativo (sezione D- semestrale)
- Feedback dei dati sugli indicatori e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari (sezione C- annuale)

DICEMBRE (entro fine):

- Verifica approvvigionamento dei prodotti e disponibilità di varie tipologie di dispenser (sezione A- Trimestrale)
- Verifica manutenzione lavandini e dispenser (sezione A- semestrale)
- Esame del consumo di soluzione idroalcolica (sezione C- semestrale)
- Stabilire un programma per un maggior coinvolgimento dei pazienti/familiari (sezione E- annuale)
- Esecuzione della valutazione annuale della struttura tramite questionario di autovalutazione (sezione C – annuale)

Ad ogni riunione del C-ICPA:

- Avanzamento del piano di azione locale ed esame dei risultati delle attività di osservazione.