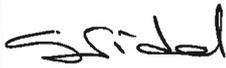
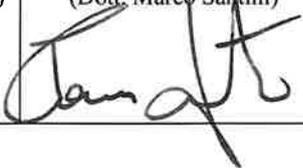
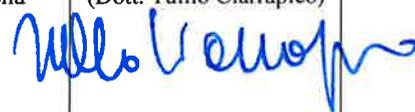




CASA DI CURA

PARS - PIANO ANNUALE
PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO
CASA DI CURA VILLA STUART
ANNO 2024



data	Redazione e verifica			Approvazione
Febbraio 2024	Risk Manager (Sig.ra Stéphanie Vidal)	Responsabile struttura (Dott. Marco Sartini)	Direttore sanitario (Dott.ssa Donatella Centioni)	Direttore Generale (Dott. Tullio Ciarrapico)
				

PARS CASA DI CURA VILLA STUART ANNO 2024

INDICE:

1 - Contesto organizzativo	3
2 - Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	3
3 - Descrizione della posizione assicurativa	4
4 - Resoconto delle attività del piano precedente	4
5 - Matrice delle responsabilità.....	9
6 - Obiettivi e attività (escluso rischio infettivo).....	10
7 - Obiettivi e attività correlate al rischio infettivo.....	12
8 - Modalità di diffusione	15
9 - Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia	15

ALLEGATI:

- **Piano di azione locale sull'igiene delle mani 2024**

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	46	Ortopedia	10
		Chirurgia Generale	16
		Neurochirurgia	10
Posti letto diurni	2	Urologia	10
Blocchi Operatori	1	Sale Operatorie	6
Hub			
Terapie Intensive	2	UTIC	N.D.
DATI DI ATTIVITÀ ^(A)			
Ricoveri ordinari	2.125	Ricoveri diurni	575
Accessi PS	N.D.	Numero endoscopie	2.110
Branche specialistiche	4	Prestazioni ambulatoriali erogate	206.785

(A): Dati forniti dalla Direzione relativi all'anno 2023 aggiornati al 15/02/2024.

COMITATO DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI – C-ICPA

Costituzione: 04/02/2014

Composizione: direttore sanitario di struttura, direttore operativo di struttura, esperto igiene, esperto malattie infettive, esperto microbiologia, medico competente, dirigente personale sanitario, caposala e infermieri professionali, farmacista, RSPP, responsabile tecnico della struttura, risk manager.

Attività principali: monitoraggio eventi infettivi in sala operatoria e nelle degenze ai fini di adottare i necessari provvedimenti e istaurare un'attività di gestione dei rischi, volta alla riduzione/eliminazione degli stessi. Consiste in: verifica e revisione dei protocolli in materia; Rilevazione del rapporto tra pazienti ricoverati e infezioni correlate; Esame del consumo di antibiotici e della correlazione tra le patologie e le terapie antibiotiche somministrate; Esame report microbiologici; Formazione del personale in materia di prevenzione del rischio; Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica; Monitoraggio del piano locale sull'igiene delle mani; discussione sull'impiantistica.

Il comitato si riunisce trimestralmente.

Non è presente in struttura una unità operativa di Igiene Ospedaliera o un reparto di malattie infettive.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

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

Anno	N° Near miss	N° Eventi avversi	N° Eventi sentinella	Principali fattori causa/ contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
2023	12	5 (3 entità lieve) (2 ent. moderata)	0	Organizzativi 100%	Organizzative	Sistemi di reporting, Ufficio sinistri, comitati interni

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

Anno	Sinistri	Risarcimenti erogati (Euro)		
	N° di aperture annuali	Sentenze di condanna	Chiusure stragiudiziali	Totale
2023	17	71.140	12.000	83.140
2022	12	25.000	0	25.000
2021	12	0	0	0
2020	14	60.000	23.670	83.670
2019	17	0	10.550	10.550

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

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza – scadenza	Compagnia Assicurativa	Premio netto	Franchigia	Brokeraggio
2023	30/06/2026	Relyens Mutual Insurance	128.575 circa	1.000.000 decesso 350.000 altri	GB SAPRI S.p.A.
2022	30/06/2023	AM Trust International Underwrites	141.874 circa	1.000.000 decesso 350.000 altri	GB SAPRI S.p.A.
2021	30/06/2023	AM Trust International Underwrites	134.685 circa	1.000.000 decesso 350.000 altri	GB SAPRI S.p.A.

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

4.1 ATTIVITÀ (ad esclusione del rischio infettivo)

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
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 principalmente infermieri e capotecnici.

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- Controllo periodico della qualità delle Cartelle Cliniche

Indicatore

Analisi di almeno l'1% del totale delle cartelle cliniche dei ricoveri ordinari

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

Sono state esaminate cartelle cliniche pari all'1% dei ricoveri, nella loro veridicità, completezza e chiarezza. Sono stati verificati i vari consensi e moduli presenti nelle cartelle ed implementati alcuni di loro (consenso e informativa all'anestesia, cartellino di anestesia, consensi procedure endoscopiche).

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 criticità 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 problematiche 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- Rilevazione della qualità percepita dagli utenti

Indicatore

Effettuazione dell'indagine della qualità percepita dagli utenti con elaborazione di report annuale e condivisione dei risultati con la direzione generale

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

La rilevazione del livello di qualità del servizio offerto percepito dagli utenti della clinica viene effettuata tramite la compilazione di un modulo di *customer satisfaction* presente in ogni stanza di degenza e accessibile tramite QR CODE. Tale valutazione viene effettuata utilizzando una scala di valori con un range che va da un minimo di (1) (grado minimo di priorità e totale

insoddisfazione dell'indicatore in oggetto) ad un massimo di (5) (massima priorità ed estrema soddisfazione dello stesso). Sulla base delle valutazioni espresse dai pazienti, la qualità dei servizi offerti ha soddisfatto in maniera estremamente positiva gli stessi; è stato infatti riscontrato un grado soddisfazione massimo (5) per il 92 %, un giudizio più che soddisfacente (4) per il 6% e per il restante 2% è stato rilevato un moderato grado di soddisfazione (3) relativo a ritardi nelle accettazioni e qualità del vitto.

Si constata una minore adesione al questionario rispetto alla versione da compilare in forma cartacea. Il personale sensibilizzerà il pazienti in fase di dimissione all'effettuazione dell'indagine (con aiuto alla procedura se occorre) al fine di raccogliere un maggior numero di feedback e quindi migliorare la qualità dei servizi proposti.

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

Attività 1- Prosecuzione della formazione al personale sui rapporti con l'utenza e la prevenzione della conflittualità

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 a cura della HXO Humanities InventriX Opera con oggetto: prevenzione del rischio – proposte per lo sviluppo di sé nella gestione dei rapporti e nella prevenzione dei conflitti. Metodologia: del tipo attivo e partecipativo con il coinvolgimento dei partecipanti in attività di apprendimento esperienziale e spazi di sperimentazione degli apprendimenti e delle consapevolezze acquisite.

Obiettivi: individuare i fattori che scatenano l'aggressività nella relazione di cura con l'utenza, sviluppare la capacità di riconoscere le proprie e altrui emozioni per orientarsi a una comunicazione non conflittuale, conoscere ed applicare strumenti e tecniche utili per gestire e prevenire il rischio di conflittualità nel rapporto con l'utenza.

Esame dei vari stili di comunicazione: passivo, aggressivo, assertivo (stile più risonante ed efficace per costruire fiducia con l'interlocutore e gestire eventuali conflitti) e degli strumenti utili per costruire fiducia e alleanza con l'utenza, empatia e ascolto attivo, per una gestione efficace delle interazioni.

Esecuzione di simulazioni sperimentando le varie tecniche comunicative.

E' stata eseguita una sessione formativa che ha coinvolto principalmente il personale amministrativo in front office (amministrazione e assicurazioni, direzione sanitaria, fisioterapia, studi medici), nonché le caposala di reparto e di sala operatoria.

4.2 ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Attività 1- Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di corsi di formazione per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico

Indicatore

Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2023

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

Nell'2023, è stato organizzato un corso di formazione sulla prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. Il corso è stato eseguito da un medico infettivologo.

Nello specifico: principi generali, eziologia, tipi di contaminazione, classificazione, fattori di rischio che favoriscono l'insorgenza delle infezioni, strategie assistenziali di prevenzione, fattori di rischio individuali modificabili, definizione bundles per la prevenzione, implementazione delle misure, prevenzione pre-operatoria, principi di antibiopprofilassi chirurgica, scelta del farmaco, prevenzione intraoperatoria, prevenzione post-operatoria, gestione delle ferite chirurgiche infette. N. 1 edizione a cui hanno partecipato medici, caposala e caposala di sala operatoria, infermieri, strumentisti e tecnici.

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.

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

Indicatore

Monitoraggio del piano di azione 2023

Realizzata

SI

Stato di attuazione/relazione

E' stato monitorato il piano di azione sull'igiene delle mani 2023. E' stata eseguita l'attività di formazione del personale, ovvero dei formatori e degli osservatori e predisposto il piano formativo.

Le attività previste dal piano vengono discusse ad ogni riunione del C-ICPA.

Le attività previste sono state correttamente conseguite.

A fine anno è stata eseguita la valutazione della struttura sulla base della quale è stato elaborato il piano 2024. Il piano viene allegato al presente documento.

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.

Attività 2- Elaborazione del piano di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

Indicatore

Raccolta dati e elaborazione del piano di monitoraggio

Realizzata SI
Stato di attuazione/relazione E' stato elaborato un protocollo operativo per il monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica secondo le indicazioni contenute nel protocollo "Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero" pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità. I dati raccolti comprendono informazioni sul consumo espresso in litri, la fonte del dato, il numero di giorni di degenza con la fonte di tale dato. E' stato creato il relativo modello di raccolta dei dati. La procedura è stata resa operativa nel mese di luglio 2023.

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)
Attività 1- Elaborazione/Aggiornamento della procedura per la prevenzione delle polmoniti correlate all'impiego di ventilatori meccanici
Indicatore Elaborazione/aggiornamento della procedura
Realizzata SI
Stato di attuazione/relazione E' stata elaborata una procedura per la prevenzione della polmonite associata a ventilazione meccanica VAP con lo scopo di uniformare i comportamenti per una corretta gestione del paziente in ventilazione meccanica al fine di ridurre le VAP (Ventilator Associated Pneumonia), definendo inoltre le figure coinvolte nel processo ed i livelli di responsabilità. Rappresenta inoltre uno strumento informativo sul tema trattato.

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)
Attività 2- Elaborazione di istruzioni operative per l'utilizzo appropriato dei guanti sterili in sala operatoria, in particolare durante gli interventi chirurgici spostandosi da un sito contaminato ad un sito pulito sullo stesso paziente
Indicatore Elaborazione delle istruzioni operative e implementazione delle check list di sala operatoria
Realizzata SI
Stato di attuazione/relazione E' stata elaborata una procedura per l'uso appropriato dei guanti in ambito sanitario, che comprende istruzioni sull'igiene delle mani, raccomandazioni per l'uso dei diversi tipi di guanti, nonché istruzioni operative per il cambio dei guanti sterili in sala operatoria, in particolare durante gli interventi chirurgici spostandosi da un sito contaminato ad un sito pulito sullo stesso paziente.

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 Direttore Sanitario/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	Direttore Sanitario/ 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 ATTIVITÀ (ad esclusione del rischio infettivo)

6.1 Obiettivi

- 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.
C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

6.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE			
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 1- Controllo periodico della qualità delle Cartelle Cliniche			
Indicatore Analisi di almeno l'1% del totale delle cartelle cliniche dei ricoveri ordinari			
Standard SI			
Fonte Direttori sanitari, responsabili di struttura, risk manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttori sanitari	Responsabili di struttura	Risk Manager
Analisi delle cartelle	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, direttori sanitari, responsabili di struttura

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Direttori sanitari	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- Rilevazione della qualità percepita dagli utenti

Indicatore

Effettuazione dell'indagine della qualità percepita dagli utenti con elaborazione di report annuale e condivisione dei risultati con la direzione generale

Standard

SI

Fonte

Responsabili di struttura (o chi da loro individuati), risk manager, direzione generale

Azione	Responsabili di struttura	Risk Manager	Direzione Generale
Effettuazione indagine e raccolta dati- condivisione	R	I	I

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

Attività 1- Prosecuzione della formazione del personale sui rapporti con l'utenza e la prevenzione della conflittualità

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
Organizzazione del corso	R	C	I

7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

7.1 Obiettivi

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) 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;
- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

7.2 Attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO				
Attività 1- esecuzione di almeno una edizione di corso di formazione per il monitoraggio, la prevenzione ed il controllo delle infezioni della ferita chirurgica – diffusione di flow chart sulla gestione della ferita chirurgica				
Indicatore Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024 con diffusione della flow chart				
Standard SI				
Fonte Medico formatore, responsabili del personale, responsabili di struttura, risk manager				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Medico formatore	Responsabile del personale	Responsabile di struttura	Risk manager
Progettazione e esecuzione del corso diffusione flow chart	R	C	I	C

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.			
Attività 1- monitoraggio del piano di azione locale sull'igiene delle mani			
Indicatore Monitoraggio del piano di azione			
Standard SI			
Fonte Direzione Sanitaria, responsabili di struttura, risk manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Direttori sanitari	Responsabili di struttura	Risk Manager
Raccolta dati e monitoraggio	R	C	I

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO D'AZIONE LOCALE.

Attività 2- monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani

Indicatore

Raccolta dati, monitoraggio e condivisione

Standard

SI

Fonte

Farmacia, Direzione Sanitaria, responsabili di struttura, risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttori sanitari	Responsabili di struttura	Risk Manager	Farmacia
Raccolta dati	C	C	I	R
Monitoraggio	R	C	I	I

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

Attività 1- esecuzione di almeno una edizione di corso di formazione per il corretto uso degli antibiotici che prevede misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici

Indicatore

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

Standard

SI

Fonte

Medico formatore, responsabili del personale, responsabili di struttura, risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Medico formatore	Responsabile del personale	Responsabile di struttura	Risk manager
Progettazione e esecuzione del corso	R	C	I	C

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

Attività 2- Redazione di un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) sulla corretta profilassi pre-operatoria

Indicatore

Elaborazione del PDTA

Standard

SI

Fonte

Medico infettivologo referente, direttore sanitario, responsabile di struttura, risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Medico infettivologo	Direttori sanitari	Responsabili di struttura	Risk Manager
Elaborazione	R	C	C	I

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

Attività 3- Redazione di un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) sull'individuazione precoce della sepsi e gestione della stessa

Indicatore

Elaborazione del PDTA

Standard

SI

Fonte

Direttori sanitari, medico infettivologo referente, responsabili di struttura, risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Medico infettivologo	Direttori sanitari	Responsabili di struttura	Risk Manager
Elaborazione	R	C	C	I

OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

Attività 4- Effettuazione di attività di informazione e formazione in occasione della Giornata Mondiale della Sepsis il 13/09/2024. La giornata è volta ad accrescere la consapevolezza pubblica sulla sepsi, per migliorarne la prevenzione, il riconoscimento e la gestione clinica.

Indicatore

Attività di informazione e formazione del personale

Standard

SI

Fonte

Direttori sanitari, medico infettivologo referente, responsabili di struttura, responsabile del personale, risk manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Responsabile di struttura	Responsabile del personale	Direttore sanitario	Medico infettivologo	Risk Manager
Informazione e formazione	R	C	C	C	I

8 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.

9 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”;
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
- Decreto 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”;
- 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”;
- D.C.A. U00034 del 23/01/2019 con oggetto: "Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO istituzionale definitivo al Policlinico Casilino, gestito dalla società Eurosanità spa (P. IVA 0672891002), sito in via Casilina 1049- Roma. Conclusione del procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell'ambito di quanto regolamentato dall'art. 8 bis del D. Lgs. 502 del 1992”
- 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”
- D.C.A. U00476 del 26/11/2019 con oggetto “Modifica al Decreto del Commissario ad Acta n. U00034 23/01/2019 concernente “*Conferma dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO istituzionale definitivo del Policlinico Casilino, gestito dalla società Eurosanità S.p.a. (P. I.V.A. 0672891002), sito in via Casilina 1049- Roma. Conclusione del*

procedimento di riconduzione del rapporto convenzionale nell'ambito di quanto regolamentato dall'art. 8 bis del D. Lgs. 502 del 1992". Autorizzazione all'esercizio per ampliamento funzionale di branche specialistiche ambulatoriali. Variazione del Direttore Sanitario"

- 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)".
- Nota Regione Lazio con oggetto "Comunicazioni relative all'elaborazione del PARM 2021", prot. n. 884417 del 15.10.2020.
- 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.
- 2023_AIFA_Manuale_Antibiotici AWaRe



CASA DI CURA VILLA STUART

PIANO DI INTERVENTO 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 PIANO DI AZIONE LOCALE 2023

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

PUNTEGGIO: 80

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 del punto di assistenza. Verifica dello stato dei dispenser

Realizzata: SI
Verifiche effettuate.
Non sono state necessarie azioni di ripristino.

R: direzione della struttura

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

T: entro il 31/12/2023

M: trimestrale

Verifica periodica della manutenzione dei lavandini

Realizzata: SI
Verifiche effettuate.
Non sono state necessarie azioni di ripristino.

R: direzione della struttura

C: ufficio tecnico, C: risk manager

T: entro il 31/12/2023

M: semestrale

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

PUNTEGGIO: 50

LIVELLO: BASE

AZIONI PROGRAMMATE

STATO DI ATTUAZIONE

Identificare i formatori e gli osservatori

Realizzata: SI
Identificati:
Formatori: Mihai Voinea (caposala), Cristina Francesini (caposala), Katia Cerratti (caposala di sala operatoria)
Osservatori: Matteo Usai (IP di sala operatoria), Marco Catelli (IP) ed Elena Ziveri (IP).

R: direzione della struttura

C: direzione sanitaria, 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: 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: 35

LIVELLO: BASE

AZIONI PROGRAMMATE

STATO DI ATTUAZIONE

Esecuzione delle attività di osservazione con cadenza semestrale

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

R: direzione della struttura

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

T: entro il 31/12/2023

M: semestrale

Presentare i risultati delle osservazioni ad ogni riunione del

Realizzata: SI
Discussi i risultati in sede di C-ICPA.

C-ICPA ed alla direzione della struttura R. C-ICPA C: direzione della struttura, C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: trimestrale	
Indagine sul consumo di soluzione idroalcolica R: direzione della struttura C: farmacia, C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: semestrale	Realizzata: SI Indagini eseguire semestralmente. Risultati condivisi con il C-ICPA. Si è registrato un consumo costante rispetto all'anno precedente da parte del personale ma un decremento del consumo nelle parti comuni a disposizione dei pazienti e visitatori.
Esecuzione della valutazione annuale della struttura R: direzione della struttura C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: annuale	Realizzata: SI Eseguita valutazione annuale della struttura discussa con la direzione e con il C-ICPA. E' in corso la redazione del piano per l'anno prossimo, sulla base dei risultati ottenuti.
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	
PUNTEGGIO: 60	LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
Verificare che il materiale informativo sia esposto in tutti gli ambienti clinici. Verificare che il materiale sia in buone condizioni e chiaramente esposto. R: direzione della struttura C: formatori e osservatori, C: ufficio tecnico, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: semestrale	Realizzata: SI Verifica eseguita. Disposte nuove affissioni dove risultavano mancanti i cartelli del corretto lavaggio delle mani con acqua e sapone e con soluzione idroalcolica.
Verificare che il materiale informativo sia aggiornato. 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	Realizzata: SI Verifica eseguita semestralmente. Il materiale risulta aggiornato.
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	
PUNTEGGIO: 55	LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
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. R: C-ICPA C: direzione della struttura, C: direzione sanitaria C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: trimestrale	Realizzata: posticipata a gennaio 2024. Il gruppo operativo verrà definito nella prossima riunione che si terrà a gennaio 2024.

PIANO DI AZIONE LOCALE 2024

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

PUNTEGGIO: 80

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 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: 75

LIVELLO: INTERMEDIO

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

Presentare i risultati delle osservazioni ad ogni riunione del C-ICPA ed alla direzione della struttura

R. C-ICPA

C: direzione della struttura, C: direzione sanitaria, C: risk manager

T: entro il 31/12/2023

M: trimestrale

Indagine sul consumo di soluzione idroalcolica R: direzione della struttura C: farmacia, C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: semestrale	
Esecuzione della valutazione annuale della struttura R: direzione della struttura C: direzione sanitaria, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: annuale	
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	
PUNTEGGIO: 60	LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
Verificare che il materiale informativo sia esposto in tutti gli ambienti clinici. Verificare che il materiale sia in buone condizioni e chiaramente esposto. R: direzione della struttura C: formatori e osservatori, C: ufficio tecnico, C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: semestrale	
Verificare che il materiale informativo sia aggiornato. 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	
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	
PUNTEGGIO: 55	LIVELLO: INTERMEDIO
AZIONI PROGRAMMATE	STATO DI ATTUAZIONE
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. R: C-ICPA C: direzione della struttura, C: direzione sanitaria C: risk manager T: entro il 31/12/2023 M: trimestrale	

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)

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)
- 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.