

S.R.T.R.e. “LA GRANDE MONTAGNA”

S.R.T.R.e. “GNOSIS CASTELLUCCIA”



PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2022

Ai sensi dell’art. 2, comma 5 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”

	FUNZIONE E NOME	DATA	FIRMA
REDAZIONE E VERIFICA	Dott. PIERLUIGI SCARCIGLIA Risk Manager	18.02.2022	
VALIDAZIONE ED ADOZIONE	Delibera del CdA del 24.02.2022	24.02.2022	Presidente Dott.ssa ANGELA D’AGOSTINO  Vice Presidente Dott.ssa FRANCESCA MARGHERITI  Consigliere Dott.ssa ELISABETTA ANTONELLI 



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

PIANO ANNUALE DI RISK MANAGEMENT	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	15.02.2019
Revisione 1	20.01.2020
Revisione 2	10.02.2021
PIANO ANNUALE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	24.02.2020
Revisione 1	15.02.2021
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
STATO DELLE REVISIONI	
Revisione 0	24.02.2022



INDICE

1. Premessa	4
2. Termini e definizioni	7
3. Il rischio clinico e le infezioni correlate all'assistenza	9
3.1. Il Rischio Clinico e il relativo Piano (PARM)	9
3.1.1. Definizione del Rischio Clinico	10
3.1.2. Il Rischio Clinico e l'errore in medicina	11
3.1.3. Metodi e strumenti per l'analisi dell'errore e la gestione del rischio clinico	17
3.1.4. Criteri per la classificazione degli eventi	21
3.1.5. Diagramma di flusso per la classificazione degli eventi	22
3.1.6. Il rischio infettivo	23
3.1.7. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari	26
3.1.8. Infezioni correlate all'assistenza e relativo Piano (PAICA)	27
3.1.9. Prevenzione delle cadute degli utenti/pazienti	27
4. Contesto organizzativo	28
5. Dati generali	33
5.1. Rischio infettivo : Il Comitato per il Controllo delle ICA	35
6. Mappatura del rischio	37
7. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	38
7.1. Eventi segnalati nell'ultimo quinquennio	39
8. Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio	41
9. Descrizione della posizione assicurativa	42
10. Resoconto delle attività del PARM e del PAICA 2021	43
11. Matrice delle responsabilità	53
12. Obiettivi e attività	54
12.1. Obiettivi	54
12.2. Attività	56
13. Attività e matrice delle responsabilità	60
14. Diffusione del PARS. Coinvolgimento del personale	70
15. Riferimenti normativi, sitografia	72

ALLEGATI



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

1. PREMESSA

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), documenti con i quali le Strutture sanitarie hanno reso noto, fino al 2021, la propria *policy* su questi temi.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce della approvazione della legge Legge 8 marzo 2017 n. 24 (*"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*), e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, i contenuti di questi due Documenti sopra citati sono stati rivisti, unificandone il contenuto in un unico *"Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS)"* con l'obiettivo di :

- ❑ Favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- ❑ Sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- ❑ Armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR);
- ❑ Allineare le attività con gli adempimenti previsti dal *"Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani"*;
- ❑ Semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale supportandole nella cruciale fase del *risk assessment*.

Relativamente alle strutture di assistenza extraospedaliera, il documento tiene conto delle differenze non secondarie relative ai ruoli e alle responsabilità per come previsti dalla normativa di autorizzazione e accreditamento e questo comporta una semplificazione della matrice dei ruoli e delle responsabilità e la riduzione del numero di attività mandatorie da prevedere ogni anno.

Per raggiungere questi obiettivi la Regione Lazio, con la Determinazione n. G00643 del 25 gennaio 2022, ha predisposto il *"Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"*.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

IL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Alla luce di quanto sopra le strutture sanitarie, pubbliche e private, sono tenute ad elaborare il **Piano Aziendale del Rischio Sanitario**, al cui interno devono definire ed esplicitare le linee di attività aziendali per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure sulla base degli obiettivi strategici definiti a livello regionale.

Scopo del PARS è quello di descrivere e indirizzare le azioni di miglioramento riconosciute come prioritarie per la gestione del Rischio Sanitario.

Il PARS, prevede azioni su obiettivi di rischio sanitario con successivo monitoraggio dello stato di avanzamento delle azioni intraprese. L'Azienda definisce nel PARS lo scopo, i destinatari, le aree strategiche, gli obiettivi, le metodologie, gli indicatori che intende adottare per la gestione del Rischio Sanitario in ottemperanza agli obiettivi strategici di rischio indicati dalla Regione. Tale strumento, sostanzialmente pragmatico ed ispirato a criteri di efficacia operativa, privilegia la prevenzione, l'interazione tra le strutture aziendali, la comunicazione, la formazione, l'aggiornamento.

L'ottica è sempre quella di diminuire le potenzialità di errore nell'organizzazione nonché di contenere la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie.

Poiché il monitoraggio dei fenomeni è alla base della gestione del miglioramento, particolare attenzione viene posta nella definizione dei risultati da raggiungere attraverso la predisposizione di specifici indicatori affinché i risultati siano realmente misurabili ed idonei a stabilire il perseguimento degli obiettivi prefissati.

La Direzione Aziendale deve assicurare la diffusione del PARS ai diversi livelli aziendali attraverso specifiche modalità informative quali :

- ❑ Pubblicazione sul sito internet aziendale;**
- ❑ Presentazione del Piano nell'ambito dei corsi di formazione sul Rischio Sanitario;**
- ❑ Capillare diffusione del PARS, tramite i Dirigenti Medici e i Responsabili di settore, a tutto il personale sanitario e di supporto.**

Il presente documento, fatto salve le specifiche e motivate specificità delle Strutture in questione, è stato elaborato rispettando il "*Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)*" adottato dalla Regione Lazio – Direzione Salute ed integrazione sociosanitaria – con Determinazione del 25 gennaio 2022 n. G00643 e rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare la politica aziendale della Gnosis Cooperativa Sociale Onlus per il contenimento del rischio sanitario.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

Il documento è stato elaborato con il concorso, la condivisione e il coinvolgimento attivo dei professionisti dei settori interessati, per ottenere una aderenza alla realtà aziendale più ampia possibile.

Il Risk Manager nominato si assicura che il PARS sia predisposto e presentato, entro la data fissata ogni anno, per l'approvazione e l'adozione da parte dell'Ente.

La Direzione Aziendale assicura che venga inviato, nei termini, al Centro Regionale Rischio Clinico all'indirizzo e-mail : crrc@regionelazio.it

2. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta, di seguito, la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del PARS.

RISCHIO CLINICO	La possibilità che un paziente subisca un «danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte».
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	Il processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.
APPROPRIATEZZA	L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.
ERRORE	Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
EVENTO	Accadimento che può modificare l'andamento atteso dell'assistenza nei confronti dei pazienti o che può arrecare danno agli operatori sanitari.
EVENTO AVVERSO (Adverse event)	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".
EVENTO SENZA DANNO	Accadimento che si verifica durante il processo assistenziale che non comporta danno alla persona pur avendone la potenzialità.
EVENTO EVITATO (Near miss)	Errore che ha la potenzialità di causare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito.
EVENTO SENTINELLA	<p>Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che comporta la morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna : a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive e il loro monitoraggio.</p> <p>Di seguito l'elenco degli eventi indicati dal Ministero della Salute e dal "Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" del 6 luglio 2021 predisposto dal CRRC Lazio, applicabili alla S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA", S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA" e S.R.S.R.H24 "GNOSIS" :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedura in paziente sbagliato; 2. Errata procedura su paziente corretto (es. esecuzione di una procedura diagnostica/terapeutica diversa da quella prescritta);

	<p>3. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;</p> <p>4. Morte o grave danno per caduta di paziente;</p> <p>5. Suicidio o tentato suicidio di paziente nella struttura sanitaria;</p> <p>6. Violenza su paziente (commissiva o omissiva) da chiunque compiuta all'interno di strutture sanitarie;</p> <p>7. Atti di violenza a danno di operatore da parte di pazienti, loro parenti, accompagnatori, visitatori;</p> <p>8. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto;</p> <p>9. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente dovuto ad errore o livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti.</p>
RISCHIO	Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento e la gravità del danno che ne consegue; nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso.
SICUREZZA DEL PAZIENTE (Patient safety)	Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.
FATTORE UMANO	Sinonimo di ergonomia per indicare lo studio dei comportamenti umani, in relazione a specifiche condizioni ambientali, strumenti o compiti.
ERRORE ATTIVO	E' per lo più ben identificabile, prossimo, in senso spazio-temporale, al verificarsi dell'evento avverso; spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione. Relativamente semplice da individuare.
ERRORE LATENTE	E' per lo più un'insufficienza organizzativo gestionale (progettazione, organizzazione e controllo) che resta silente nel sistema, finché un fattore scatenante non la rende manifesta in tutta la sua potenzialità, causando danni più o meno gravi. Relativamente difficile da individuare, spesso multiplo all'interno del sistema e tale da provocare una successione di errori secondari in grado di eclissare la gravità e la possibilità di identificazione dell'errore primitivo.
DANNO	Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).
SIMES	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità.
ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI	Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro. Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono oggetto di una specifica raccomandazione ministeriale e sono inseriti fra gli eventi sentinella che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES.
GOVERNO CLINICO (Clinical governance)	Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.
ERGONOMIA	Disciplina che si occupa della comprensione delle interazioni tra gli esseri umani e gli altri elementi di un sistema, applicando teorie, principi, dati e metodi per progettare nell'ottica dell'ottimizzazione del benessere umano e della prestazione di tutto il sistema.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

3. IL RISCHIO CLINICO E LE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

3.1. IL RISCHIO CLINICO E IL RELATIVO PIANO (PARM)

Alla luce degli specifici Documenti regionali, la Gnosis Cooperativa Sociale Onlus ha elaborato, prima del presente PARS, il "Piano Annuale di Risk Management (PARM)" delle Strutture denominate S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA", S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA" e S.R.S.R.H24 denominata "GNOSIS".

Restano operativi il "Comitato di gestione del Rischio Clinico" (che d'ora in poi prenderà il nome di "Comitato di Gestione del Rischio Sanitario") e il "Comitato di Valutazione Sinistri", che sono così composti.

COMITATO DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

COMPOSIZIONE	<ul style="list-style-type: none">• Delibera di nomina del CdA del 9 dicembre 2019.• Delibera di modifica del CdA dell' 08 gennaio 2021.• Delibera di modifica del CdA del 02 novembre 2021.
RISK MANAGER Responsabile sanitario S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"	Dott. PIERLUIGI SCARCIGLIA
Responsabile sanitario S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA"	Dott.ssa PATRIZIA SABETTA
AVVOCATO	Avv. GUIDO DE SANTIS
MEDICO DEL LAVORO	Dott. LUIGI PAGLIA
RSPD	Dott. CRISTIAN MARINI
RESPONSABILE RISORSE UMANE E FORMAZIONE	Dott. ARTURO DANIELE
RESPONSABILE CLINICO PTRI	Dott. BRUNO PINKUS
RESPONSABILE UFFICIO TECNICO	LUIGI SACCO
RESPONSABILE AREA PTRP	Dott.ssa LAURA DE FELICE



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

COMITATO DI VALUTAZIONE SINISTRI

COMPOSIZIONE		
AVVOCATO		Avv. GUIDO DE SANTIS
RISK MANAGER		Dott. PIERLUIGI SCARCIGLIA
LEGALE RAPPRESENTANTE		Dott.ssa ANGELA D'AGOSTINO
RESPONSABILE SANITARIO S.R.T.R.e. "La Grande Montagna"		Dott.ssa PATRIZIA SABETTA
ANNO DI ISTITUZIONE	2018	<ul style="list-style-type: none">• Delibera CdA del 9 dicembre 2019
MODIFICA	2021	<ul style="list-style-type: none">• Delibera CdA dell' 8 gennaio 2021• Delibera CdA del 2 novembre 2021
NUMERO DI CASI ISTRUITI	0	

3.1.1. DEFINIZIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il "rischio clinico" è la probabilità che un paziente sia vittima di un "evento avverso", cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".

Con l'entrata in vigore della Legge 24/2017, intitolata "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", il legislatore ha posto l'obiettivo di inserire il paziente all'interno di un sistema di tutele efficienti atte a favorire la realizzazione del diritto alla salute.

Tale disciplina è volta a regolare i molteplici aspetti del c.d. "rischio sanitario" conseguente all'attività medico-sanitaria. I punti cardine in cui si articola la normativa consistono nella sicurezza delle cure, la gestione del rischio clinico, la trasparenza nei confronti del cittadino. Al fine di meglio realizzare gli obiettivi perseguiti, la legge prevede precisi adempimenti a carico delle strutture sanitarie e sociosanitarie, nonché obblighi peculiari alla funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario.

Le attività di prevenzione del rischio, alle quali concorre tutto il personale, sono attivate dalle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private.

Il rischio clinico può essere arginato attraverso iniziative di Risk management messe in atto a livello di singola struttura sanitaria, a livello aziendale, regionale, nazionale. Queste iniziative



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di numerose figure che operano in ambito sanitario.

L'attività di Risk management si sviluppa in più fasi :

- ❖ conoscenza ed analisi dell'errore (sistemi di report, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori, ecc.);
- ❖ individuazione e correzione delle cause di errore;
- ❖ analisi di processo;
- ❖ monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore;
- ❖ implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte.

Inoltre, il programma di Risk management deve essere articolato e comprendere tutte le aree in cui l'errore si può manifestare nell'incertezza del processo clinico assistenziale del paziente.

Tali attività hanno come obiettivo la riduzione delle probabilità del verificarsi di eventi avversi durante il periodo di degenza, favorendo, non solo un aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie, ma anche una conseguente riduzione del contenzioso e l'arginamento del fenomeno della medicina difensiva.

Il nuovo modello di gestione del rischio sanitario richiede, infatti, un'attenta individuazione di tutti quegli incidenti e/o accadimenti in grado di incidere sulla sicurezza delle cure in modo da prevenire il loro verificarsi, in un ottica di prevenzione e non di repressione.

3.1.2. IL RISCHIO CLINICO E L'ERRORE IN MEDICINA

Quando si affronta il tema del "rischio clinico" è necessario soffermarsi a definire l' **errore** e i possibili danni che ne possono derivare per il paziente.

In letteratura è possibile trovare molte definizioni di "**errore**" e di "**evento avverso**" e sono state proposte diverse classificazioni dell'errore in sanità con l'intento di definire e condividere un lessico che consenta di individuare, in modo preciso e inequivocabile, il tipo di insufficienza che si è manifestata nel sistema. Il Centro Regionale Rischio Clinico, nel 2021, ha predisposto il "*Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*".

Tutte condividono alcune caratteristiche sostanziali :

- l'errore è un' insufficienza del sistema che condiziona il fallimento delle azioni programmate;



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

- l'errore è una "azione non sicura" o una "omissione" con potenziali conseguenze negative sull'esito del processo di cura;
- l'errore è un comportamento che può essere giudicato inadeguato da "pari" di riconosciuta esperienza e competenza, al momento in cui il fatto si verifica, indipendentemente se ci siano state o no conseguenze negative per il paziente.

Una delle distinzioni più importanti è quella tra **errore** (o insufficienza) **attivo** ed **errore** (o insufficienza) **latente**.

- L'**errore attivo** è per lo più ben identificabile, prossimo al verificarsi dell'evento avverso, spesso è riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente, ad esempio il malfunzionamento di una strumentazione.
- Gli **errori latenti** sono, invece, per lo più, insufficienze organizzative - gestionali del sistema, che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.

La somministrazione di un farmaco sbagliato è un errore attivo commesso da un operatore, facilmente identificabile come comportamento sbagliato, che causa un danno, ma è necessario ripercorrere tutte le fasi del processo di lavoro, per individuare le circostanze che, direttamente o indirettamente, lo hanno reso possibile. Ad esempio, nel caso di un errore di somministrazione farmacologica, potrebbero essere identificati, come insufficienze latenti nel sistema : un sistema di prescrizione trascrizione manuale della terapia, un sistema di conservazione dei farmaci che rende possibile lo scambio di medicinali, un insufficiente addestramento del personale. Alcuni errori sono stati già riconosciuti come riconducibili alle caratteristiche delle confezioni dei farmaci, ad esempio attribuzione di nomi facilmente confondibili, dosaggi e vie di somministrazione equivocabili.

Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di errore, attive e latenti, e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

L'errore può causare un "**evento avverso**", cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente non dovuto alle sue condizioni cliniche, ma correlato al processo assistenziale. L'**evento avverso** è, quindi, per sua natura, **indesiderabile, non intenzionale, dannoso per il paziente**; l'evento avverso derivato da errore è definito "**prevenibile**".

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare, grande importanza riveste non solo l'analisi degli "Eventi Avversi", ma anche quella dei "**quasi eventi**" o **near miss**.

ALCUNE CATEGORIE SPECIFICHE DI ERRORE

<p>ERRORE NELL'USO DEI FARMACI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Errori di prescrizione ◆ Errori di preparazione ◆ Errori di trascrizione ◆ Errori di distribuzione ◆ Errori di somministrazione ◆ Errori di monitoraggio
<p>ERRORI NELLA TEMPISTICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ritardi nel trattamento farmacologico ◆ Ritardo nella diagnosi ◆ Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici
<p>ESAMI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Non eseguite ◆ Programmate ma non eseguite ◆ Eseguite in modo inadeguato o scorretto ◆ Eseguite correttamente ma su paziente sbagliato ◆ Non appropriate
<p>ERRORE NELL'USO DI APPARECCHIATURE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Uso in condizioni non appropriate ◆ Istruzioni inadeguate ◆ Pulizia non corretta ◆ Utilizzo oltre i limiti di durata prevista ◆ Malfunzionamento dovuto all'operatore (manutenzione, impostazione, altri errori d'uso)

Le politiche di gestione del rischio, **volte sia alla prevenzione degli errori evitabili che al contenimento dei loro possibili effetti dannosi**, e quindi, in ultima analisi, alla garanzia della sicurezza dei pazienti, costituiscono il **sistema di gestione del rischio clinico**.

La gestione del rischio clinico in sanità (spesso chiamata *clinical risk management*) ha come obiettivo quello di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori. A questo scopo impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni per identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi connessi all'erogazione delle cure.

La Regione Lazio, dal 2014, ha istituito un Comitato tecnico di coordinamento sul tema, rimasto in carica fino al 2017. Successivamente all'approvazione della Legge 8 marzo 2017 n. 24 (*"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in*



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie) ha istituito il **Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)** che svolge le seguenti funzioni : supporto tecnico alla Direzione Regionale Salute Integrazione Sociosanitaria e all'Assessorato Sanità e Integrazione Socio-Sanitaria sui temi inerenti la gestione del rischio clinico, compresi quelli relativi al rischio infettivo; definizione delle politiche e degli strumenti relativi alla gestione del rischio clinico e infettivo, elaborando le Linee Guida per la stesura annuale da parte delle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private del SSR, del Piano Annuale di Risk Management (PARS) e del Piano Annuale Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), oggi Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS); elaborazione di documenti di indirizzo su diversi argomenti : dalle cadute del paziente agli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, dalla sicurezza della terapia farmacologica alla corretta identificazione del paziente, all'igiene delle mani; coordinamento della gestione del flusso ministeriale SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) relativo agli eventi sentinella tramite il portale regionale denominato RatingASL; coordinamento delle attività legate al monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali condotto annualmente da AGENAS. Il CRRC riunisce periodicamente tutti i professionisti che si occupano di rischio clinico e infettivo nelle strutture del SSR, per presentare i documenti elaborati e raccogliere indicazioni e suggerimenti per nuove attività.

Pertanto, la Regione Lazio ha avviato nelle proprie strutture sanitarie un percorso di implementazione delle attività di risk management, finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni e della sicurezza dei pazienti e degli operatori. A tal fine ha avviato, con il DCA 332/2015, il monitoraggio dei volumi e degli esiti delle cure sulla base degli indicatori previsti nel DM 70/2015, nonché di altri indicatori di appropriatezza medica e chirurgica e di efficienza, secondo logiche che garantiscano la totale equiparazione delle strutture pubbliche e private e tengano conto del ruolo che hanno le diverse strutture all'interno della rete disegnata ai sensi del DM 70/2015.

In sintesi gli obiettivi programmati sono rivolti a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, la sicurezza delle cure e l'appropriatezza organizzativa, incentivando il miglioramento delle performance delle strutture sanitarie pubbliche e private.

Dal 2014 il **Tavolo permanente del Risk Manager** riunisce periodicamente i Risk Manager e i rappresentanti delle professioni sanitarie che operano nelle organizzazioni che si occupano della gestione del rischio clinico. Le riunioni del "Tavolo permanente" rappresentano un



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

fondamentale momento di condivisione, di confronto e di scambio di idee e competenze fra le diverse, ed eterogenee, realtà regionali.

La possibilità, quindi, che un paziente subisca un danno involontario imputabile alle cure sanitarie prende il nome di **"rischio clinico"** e gli interventi finalizzati a studiare, identificare e ridurre tale rischio prendono il nome di **"gestione del rischio"** o, in inglese, **"risk management"**.

La legge 24 richiede che in tutte le aziende sanitarie, pubbliche e private, siano valutati gli errori degli operatori sanitari e vengano adottate politiche per prevenirli e gestirli. Il suo obiettivo principale è di tutelare i diritti del paziente alla sicurezza delle cure ma anche di tutelare l'azienda e gli operatori dalle conseguenze giuridiche ed economiche che gli errori sanitari possono comportare. Sono, infatti, frequenti le denunce, sia civili che penali, che vengono presentate all'azienda da parte di quei soggetti che ritengono di aver subito un danno come conseguenza di un fatto imputabile alle cure sanitarie.

Ricerca la causa degli errori sanitari è certamente importante ma ancor più importante è prevenirli o prevenirne il ripetersi. A tal fine la formazione riveste un ruolo determinante considerando che la gestione del rischio si basa principalmente sulla conoscenza tra gli Operatori degli elementi che lo costituiscono.

In caso di Evento Avverso è necessaria un'attenta analisi dell'accaduto con l'obiettivo di individuare i fattori che hanno contribuito o causato il determinarsi dell'evento, cercando di risalire indietro nel tempo fino alle sue cause più lontane. Questa attività è fondamentale per l'azienda sia per evitare che l'evento riaccada di nuovo sia per individuare elementi che scagionino da responsabilità il personale sanitario eventualmente chiamato in causa.

Al termine dell'anno si dovrà effettuare un riepilogo del lavoro svolto in quanto la legge 24/2017 prevede l'obbligo di pubblicare sul sito web della struttura sanitaria **una relazione annuale sugli eventi avversi verificatisi, sulle cause che hanno prodotto ogni evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.**

Altro importante suo compito è la **mappatura dei rischi**. Questa attività è finalizzata ad individuare tutti i rischi a cui è esposta l'azienda sanitaria. Per svolgere tale attività occorre conoscere bene l'organizzazione, infatti anche la mancata identificazione di un solo rischio rilevante può comportare conseguenze negative per l'azienda. Contribuiscono a fornire informazioni per l'identificazione delle componenti di rischio il **numero di sinistri aperti in**



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

seguito a denunce da parte dei pazienti o loro familiari e i reclami pervenuti. Altri strumenti utilizzati sono il sistema di segnalazione volontaria degli eventi (Incident Reporting), l'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche, le segnalazioni di reazioni avverse a farmaci, le segnalazioni provenienti dal Servizio di Prevenzione e Protezione, le aggressioni subite dal personale. La gestione del rischio o Risk Management è un processo articolato e multidisciplinare che comprende sia la dimensione clinica sia quella strategico – organizzativa di un'azienda. Tale modello operativo impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare e valutare i rischi presenti all'interno dei processi clinico/assistenziali.

Il fine primo di tale percorso di analisi e rimodulazione organizzativa è incrementare il livello di sicurezza nell'interesse di pazienti, operatori e della azienda stessa. Promuovere una politica di gestione del rischio vuol dire spronare e accompagnare l'organizzazione nel necessario percorso di controllo degli eventi e delle azioni che possono inficiare la capacità di raggiungere i propri obiettivi. Incertezza e rischio sono connaturati all'esistenza di qualunque tipo di azienda sanitaria e appare evidente, dunque, che il rischio intrinseco alla natura dell'impresa sanitaria è il rischio connesso alla prestazione sanitaria stessa riconducibile alla sicurezza del paziente e di tutte quelle situazioni che possono causarne una diminuzione o la perdita di *safety* all'interno di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale. Appare innegabile, dunque, che la moltitudine di variabili che entrano nel governo sanitario e gli innumerevoli percorsi/processi che un paziente incontra nel corso della sua permanenza presso un'organizzazione erogatrice di salute sia per sua stessa natura un processo che produce rischi; di fatto eventi avversi possono avere frequenze statistiche elevate in termini di accadimento e, pertanto, una raccolta sistematica associata ad una discussione ragionata rappresenta una strada determinante per la prevenzione del danno al malato.

L'approccio alla gestione degli insuccessi in ambito sanitario è stato, fino a poco tempo fa, basato sulle persone e quindi rivolto a identificare i professionisti implicati al momento dell'incidente per ritenerli responsabili. Questa cultura della ricerca del colpevole è stata ritenuta metodo utile per risolvere il problema ma, alla luce delle risultanze dei rapporti del Ministero della Salute, si è ben compreso che l'unica cultura adatta alla gestione del rischio è quella che parte dall'analisi dell'incidente come evento asettico, momento rivelatore dei punti critici dei processi e dei sistemi della complessa organizzazione sanitaria. In sintesi il



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

risk management si interessa della funzione intrinsecamente rischiosa espletata nelle strutture sanitarie, allo scopo di disegnare nuove strategie atte a ridurre le probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia che subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo non volontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza.

3.1.3. METODI E STRUMENTI PER L'ANALISI DELL'ERRORE E LA LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Indagare gli "eventi avversi" o i "quasi eventi" per identificare le cause che maggiormente vi hanno contribuito ed imparare dagli errori può evitare che simili incidenti si ripetano in futuro. Diversi sono i metodi e gli strumenti per l'analisi dell'errore e la gestione del rischio clinico che sono stati sviluppati nel corso degli ultimi decenni con la finalità di individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso e di individuare e progettare le idonee barriere protettive.

Nonostante l'obiettivo finale sia comune, essi possono seguire fundamentalmente due diversi approcci che non si escludono a vicenda :

► **Approccio proattivo** : l'analisi parte dalla revisione dei processi e delle procedure esistenti, identificando, nelle diverse fasi, i punti di criticità. Questo approccio può essere utilizzato anche nella ideazione e progettazione di nuove procedure, di processi e di tecnologie per realizzare barriere protettive che impediscano l'errore umano/attivo;

► **Approccio reattivo** : l'analisi parte da un evento avverso e ricostruisce a ritroso la sequenza di avvenimenti con lo scopo di identificare i fattori che hanno causato o che hanno contribuito il verificarsi dell' evento.

In una organizzazione sanitaria dove si introducono processi per la gestione del rischio, entrambi gli approcci possono essere utilizzati.

Tuttavia, per realizzare un processo sanitario sicuro, l'approccio proattivo è da preferire a quello reattivo.

Vengono proposti nel seguito metodi e strumenti per implementare un sistema di promozione della sicurezza del paziente.

STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO CLINICO

A. Sistemi di segnalazione (reporting);

B. Riunione per la sicurezza (briefing sulla sicurezza);



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

C. Safety walkaround (giri per la sicurezza);

D Focus group;

E. Revisione di cartelle cliniche;

F. Screening.

A. SISTEMI DI SEGNALAZIONE (Reporting)

Un sistema di reporting efficace costituisce una componente essenziale di un programma per la sicurezza del paziente. È una modalità strutturata per la raccolta di informazioni relative al verificarsi di eventi avversi e/o di quasi eventi. Lo scopo è di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità. Per quanto riguarda la modalità di segnalazione, essa può avvenire tramite formato prefissato o testo libero, consegnato a mano o inviato con mail, mettendo in atto le opportune forme di tutela della riservatezza della segnalazione.

Un sistema di reporting deve permettere l'identificazione di nuovi e non sospettati rischi, ad esempio complicazioni mai riconosciute associate all'uso di farmaci e, pertanto, alla raccolta deve sempre seguire l'analisi dei dati.

Nel nostro Paese sono stati implementati sistemi di segnalazione cosiddetti di "incident reporting" a livello di Regioni ed Aziende sanitarie che raccolgono eventi avversi e quasi eventi per favorire l'analisi e la predisposizione delle azioni preventive. Il Ministero della salute ha attivato un sistema di monitoraggio degli "eventi sentinella".

B. BRIEFING SULLA SICUREZZA (Riunione per la sicurezza)

Il **briefing sulla sicurezza** è uno strumento semplice e facile da usare per assicurare una cultura ed un approccio condiviso alla sicurezza del paziente. E' un metodo che consente di creare un ambiente in cui la sicurezza del paziente viene vista come una priorità, in un clima che stimoli la condivisione di informazioni circa le situazioni, effettive o potenziali, di rischio. Consiste in un breve confronto, una discussione colloquiale, ma strutturata, riguardante i potenziali rischi per il paziente presenti nella struttura operativa.

In termini quantitativi permette una facile misurazione del raggiungimento di obiettivi di sicurezza.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

Il briefing sulla sicurezza non deve essere punitivo, può fare riferimento ad una lista di problemi di sicurezza, deve essere di facile applicabilità e utilizzabile per tutti i problemi riguardanti la sicurezza del paziente. La conduzione della riunione richiede la scelta di un moderatore capace di spiegare le motivazioni e gli obiettivi.

Il briefing può essere effettuato all'inizio del turno, raccogliendo, per un massimo di 5 minuti, tutti gli operatori che si occupano della cura del paziente.

Si parte con la rilevazione di problemi, dati, osservazioni (in caso di assenza di situazioni specifiche si può fare riferimento a problemi potenziali).

Alla fine del turno va effettuato un **debriefing** (altra brevissima riunione), con lo scopo di indagare se si sono verificate delle situazioni potenzialmente rischiose nel corso delle attività. L'introduzione del metodo va adattata alle esigenze della struttura operativa, garantendo comunque regolarità, continuità e risposta ai problemi che emergono.

La ricaduta immediata è la maggior responsabilizzazione nei comportamenti individuali, la maggior attenzione verso la sicurezza dei pazienti, il miglioramento del clima lavorativo, il potenziamento del "lavoro di " squadra".

C. SAFETY WALKAROUND (Giri per la sicurezza)

Questo metodo consiste in "visite" che i referenti della sicurezza, con mandato della direzione, effettuano nelle strutture operative per identificare con il personale i problemi legati alla sicurezza. Il personale viene invitato a raccontare eventi, fattori causali o concomitanti, quasi eventi, problemi potenziali e possibili soluzioni. Un valore aggiunto importante deriva dal fatto che le informazioni raccolte in questo processo spesso hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono portare talvolta alla introduzione di una immediata modifica che migliora da subito il processo assistenziale e la sicurezza. I referenti identificano delle priorità fra gli eventi e l'équipe clinico-assistenziale sviluppa soluzioni condivise con tutto lo staff. La raccolta deve essere anonima ed i problemi che emergono vengono registrati con le conseguenti azioni correttive.

Le modalità organizzative prevedono degli incontri, all'interno delle strutture operative, fra gli esperti e un piccolo gruppo o singoli operatori, della durata di pochi minuti, in cui si cerca di raccogliere e di stimolare le segnalazioni del personale per quanto riguarda situazioni di danno o di rischio.

Fra le barriere più frequenti da superare vi è la paura da parte degli operatori di essere puniti



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

o colpevolizzati per avere effettuato la segnalazione e la diffidenza e mancanza di fiducia nelle conseguenti azioni correttive. E' quindi molto importante far capire l'importanza e la seria considerazione con cui vengono trattate le segnalazioni.

Deve essere chiaro a chi effettua la visita, ma soprattutto allo staff in prima linea, che oggetto dell'indagine non sono i comportamenti individuali, ma i sistemi in atto per la sicurezza del paziente. Il sistema proposto stimola il personale ad osservare comportamenti e pratiche con un occhio critico, riconoscere i rischi da un nuovo punto di vista.

D. FOCUS GROUP

Il **focus group** è una metodologia tipica della ricerca sociale, da anni introdotta anche in sanità, che serve per identificare tutti gli aspetti di un problema partendo dalle esperienze e dalle percezioni delle persone che sono entrate in contatto con il problema stesso. Quindi, possono essere effettuati sia con singole figure professionali che con l'èquipe, con i pazienti, i familiari e con altri stakeholder. La discussione, della durata di circa un'ora e mezza, deve essere condotta da un moderatore preparato.

L'efficacia del focus group dipende dalle domande formulate che devono essere aperte e consentire il confronto e la massima interazione. Durante la discussione è possibile far emergere eventi avversi o quasi eventi, insufficienze latenti, nonché gli elementi essenziali che concorrono a determinare la cultura locale della sicurezza, utili per individuare le strategie più efficaci da introdurre nello specifico contesto.

E. REVISIONE DELLE CARTELLE CLINICHE

La revisione delle cartelle cliniche ha rappresentato la pietra miliare negli studi sugli errori in sanità.

Rappresenta il metodo impiegato da più tempo per la valutazione di qualità, permette indagini sui processi decisionali e osservazioni di esito, analizzando l'aderenza a linee guida e protocolli.

Le revisioni delle cartelle cliniche possono avvenire in modo esplicito quando il revisore cerca specifici tipi di dati o eventi oppure in modo implicito, laddove un clinico esperto emette un giudizio relativo ad un evento avverso e/o errore, ad esempio la mancata modifica di una terapia dopo la segnalazione di reazioni avverse. Il processo di revisione delle cartelle può essere anche usato per monitorare i progressi nella prevenzione degli eventi avversi quando, ad esempio, si introducono i progressi nella prevenzione degli eventi avversi quando, ad



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

esempio, si introducono pratiche più sicure e, attraverso la revisione, si valuta il livello di adozione delle stesse.

Il rilevatore, inoltre, emette un giudizio soggettivo che risente, oltre ad altre variabili, anche della propria specifica competenza. Mentre gli eventi avversi gravi sono quasi sempre riportati, gli errori e le condizioni sottostanti non lo sono mai ed i quasi eventi vengono raramente annotati.

Ne consegue che le cartelle sono utili per indagini preliminari, ma danno informazioni contestuali molto limitate. Altre limitazioni all'utilizzo di questa tecnica sono la necessità di una preparazione omogenea dei rilevatori, la preparazione di griglie di lettura. La selezione delle cartelle cliniche da sottoporre a revisione può essere focalizzata su un tipo specifico di evento relativo ai punti critici del processo assistenziale.

F. SCREENING

Questo metodo ha lo scopo di identificare possibili eventi avversi utilizzando i dati disponibili nei sistemi sanitari. Le banche dati possono essere interrogate in modo retroattivo o in tempo reale, oppure si possono consultare gli archivi cartacei tradizionali. In questo modo si identifica la presenza di determinati eventi, precedentemente identificati come "segnalatori", ad esempio la prescrizione di un antidoto nel caso di eventi avversi da farmaci.

3.1.4. CRITERI PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI

Centro Regionale Rischio Clinico "*Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*" del 6 luglio 2021

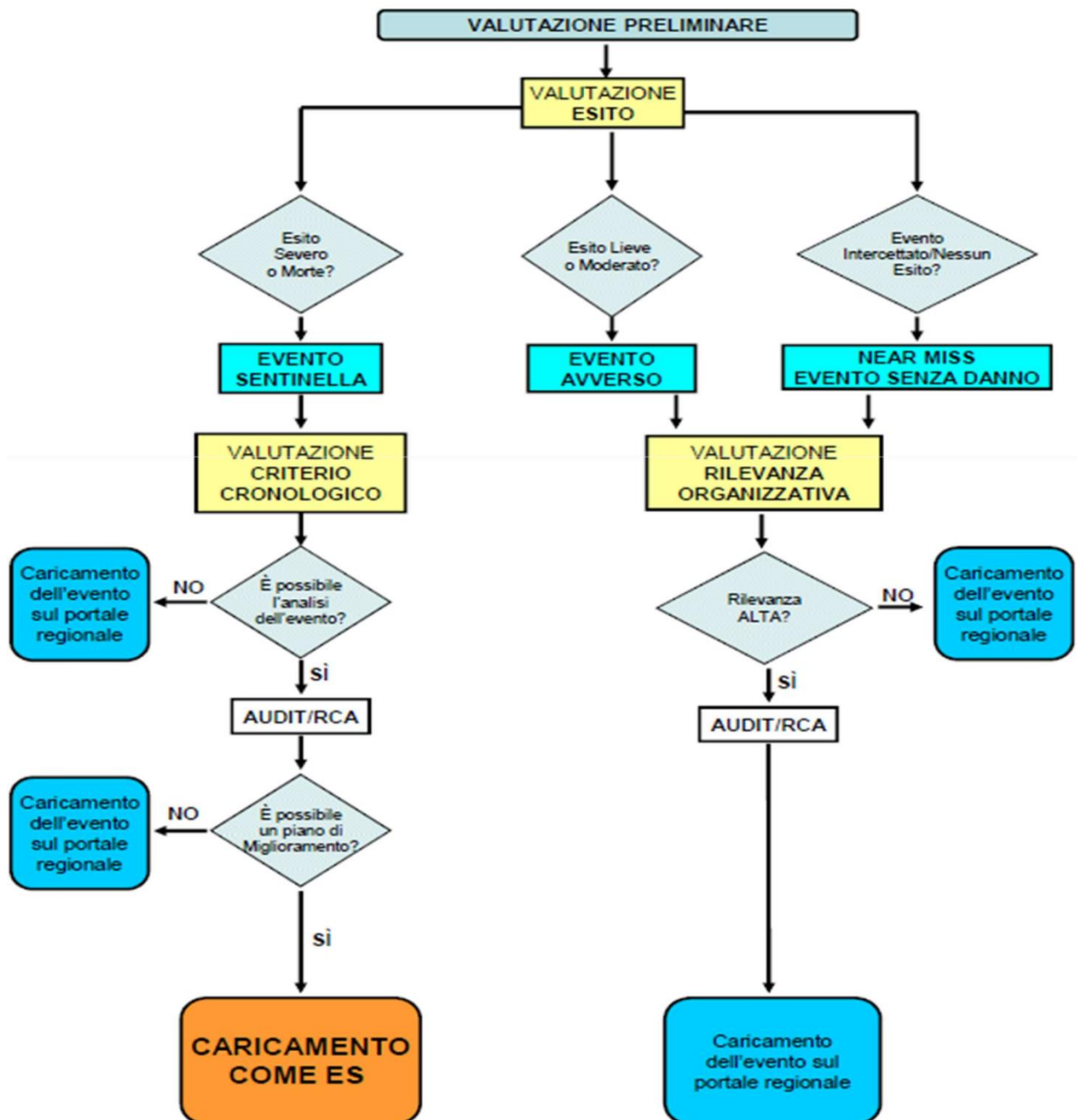
Nella gestione del rischio clinico, la corretta definizione della tipologia di evento è fondamentale per il corretto svolgimento delle operazioni di analisi e la progettazione di interventi di miglioramento. L'evento che si verifica in un sistema complesso come quello delle organizzazioni sanitarie, difficilmente riconosce un rapporto lineare del tipo causa-effetto, essendo in genere determinato da un complesso di più fattori e fortemente influenzato dal contesto e dal setting assistenziale in cui si verifica.

Il CRRC, nel 2021, ha predisposto un "*Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella*" per una corretta definizione della tipologia di evento che risulta fondamentale per il corretto svolgimento delle operazioni di analisi, la progettazione di interventi di miglioramento nonché per la corretta alimentazione del

portale regionale relativo agli Eventi Sentinella.

Si riporta il diagramma di flusso per la classificazione degli eventi, rinviando al Documento del CRRC la trattazione dei Criteri per la classificazione degli eventi.

3.1.5. DIAGRAMMA DI FLUSSO PER LA CLASSIFICAZIONE DEGLI EVENTI





GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

3.1.6 IL RISCHIO INFETTIVO

Negli ultimi decenni l'assistenza sanitaria ha subito profonde trasformazioni passando dagli ospedali, che rappresentavano il luogo in cui si svolgeva la maggior parte degli interventi sanitari, alla moltiplicazione dei luoghi di cura extra ospedalieri (residenze sanitarie, assistenza domiciliare, assistenza ambulatoriale, rsa, ecc.) e, pertanto, si è reso necessario superare il concetto di *"infezioni ospedaliere"* con quello di *"infezioni correlate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria"* (ICA).

Le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) sono infezioni che insorgono durante il ricovero in una struttura sanitaria, o, in alcuni casi, successivamente alla dimissione del paziente, e che non erano clinicamente manifeste né in incubazione al momento dell'ammissione nella struttura sanitaria. Sono pertanto infezioni riferibili, per tempo di incubazione, al ricovero.

Avendo le ICA un costo, in termini di salute ed economici, per il paziente e la struttura sanitaria, si è reso necessario adottare pratiche assistenziali sicure, in grado di prevenire e controllare la trasmissione di infezioni negli ospedali e in tutte le strutture sanitarie non ospedaliere e, quindi, pianificare ed adottare le misure necessarie per ridurre al minimo il rischio di complicanze infettive.

Le ICA interessano prevalentemente i pazienti, ma includono anche quelle del personale sanitario e/o altri soggetti che frequentano la struttura sanitaria. Per definizione, quindi, sono infezioni acquisite in ospedale o in altri ambiti sanitari di ricovero correlate all'episodio assistenziale.

Un importante motivo di interesse nel controllo delle ICA è la loro parziale prevenibilità, in quanto seppure non è possibile pervenire alla completa eliminazione del fenomeno, è assolutamente possibile la riduzione della frequenza delle ICA.

Per ridurre le ICA è necessario non solo attivare strategie per la rimozione/riduzione dei fattori di rischio, ma anche organizzare in modo sistematico i flussi informativi e la reportistica inerente la diffusione delle ICA, gli isolamenti microbiologici, i consumi di antibiotici ed il rispetto delle Linee Guida e delle Procedure.

Gli effetti attesi da un rigoroso programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA sono positivi innanzitutto perché una politica di riduzione delle ICA determina un guadagno in salute dei cittadini e migliora la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

Per quanto riguarda i benefici economici attesi da un efficace programma di controllo del fenomeno, essi sono essenzialmente legati a:

- ❖ riduzione del consumo di antibiotici;
- ❖ riduzione della durata della degenza;
- ❖ miglioramento della struttura in termini di immagine, e quindi, di mercato;
- ❖ riduzione del risarcimento del danno e/o del premio assicurativo.

I principali meccanismi di trasmissione delle ICA sono :

- contatto diretto tra una persona sana e una infetta, soprattutto tramite le mani;
- contatto tramite le goccioline emesse nell'atto di tossire o starnutire da una persona infetta a una sana;
- trasmissione dell'infezione a più persone contemporaneamente, attraverso un veicolo comune contaminato (cibo, sangue, ecc.);
- via aerea, attraverso microrganismi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) indica le Infezioni Correlate all'Assistenza come l'evento avverso più frequente durante l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari, con un trend epidemiologico in progressione e un impatto clinico ed economico rilevante.

Tra i fattori sui quali si può intervenire per ridurre il rischio di ICA rientrano quelli legati alla struttura, agli impianti, alle risorse umane e tecnologiche, all'attuazione di pratiche assistenziali dimostrate efficaci e all'uso responsabile degli antibiotici in quanto le ICA si accompagnano spesso a fenomeni di antimicrobico resistenza la cui comparsa e ascesa sono dovute principalmente al prolungato uso inappropriato degli antibiotici che rappresenta un'emergenza a livello mondiale in quanto è un fattore di rischio per l'insorgenza di infezioni gravi e di difficile trattamento.

La lotta alle ICA e all'antimicrobico resistenza sono, pertanto, un aspetto fondamentale per la sicurezza dei pazienti e un indicatore di qualità dell'assistenza.

Fondamentale in tale contesto è il ruolo svolto dalla formazione del personale sanitario su questi temi così come fondamentale è l'educazione e l'informazione agli ospiti delle strutture sanitarie su ciò che possono fare per prevenire le ICA e sull'uso prudente degli antibiotici.

E' necessario, in conclusione, diffondere una cultura organizzativa basata sul miglioramento della qualità, sulla sicurezza di pazienti e operatori, sull'errore come strumento di apprendimento e sulla "non colpevolezza".

Si richiama la Circolare Regione Lazio del 15.10.2020 che stabilisce, inoltre, per il contrasto



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

al rischio infettivo, la realizzazione dei punti seguenti :

- *“Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)”.*

Con riguardo a questa implementazione si precisa che l' infezione da enterobatteri resistenti ai carbapenemi non interessa, solitamente, persone sane in quanto colpisce soprattutto soggetti immuno compromessi che si trovano in ambienti ospedalieri (come i degenti e soprattutto i lungodegenti), soggetti che vengono sottoposti all'inserimento di dispositivi medici come cateteri endovenosi e urinari e pazienti ricoverati in ospedale con importanti ferite o che hanno subito interventi chirurgici.

Nel caso in cui dovessero sopraggiungere infezioni tali da rendere necessario l'utilizzo di carbapenemi saranno informate e si farà riferimento alle Strutture Sanitarie di riferimento.

Pertanto, considerata la categoria di soggetti ospiti delle Strutture Sanitarie Gnosis, si ritiene non necessaria tale implementazione.

- *“Monitorare il consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza”;*
- *Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani”;*
- *Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici attraverso l'individuazione di un referente esperto e/o la costituzione di un team/gruppo multidisciplinare a supporto del CC-ICA con professionisti interni od esterni, anche avvalendosi, ove necessario, delle strutture della rete delle malattie infettive regionali”.*



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

3.1.7. GLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI

Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono oggetto di una specifica Raccomandazione del Ministero della Salute e sono inseriti tra gli Eventi Sentinella che devono essere segnalati attraverso il flusso SIMES.

In via preliminare occorre sottolineare che, come riportato nel *"Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"* predisposto dal Centro Regionale Rischio Clinico in data 6 settembre 2021, :

- a) Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari **non rappresentano un problema di Rischio Clinico, ma di sicurezza del Lavoro** che va affrontato secondo quanto previsto dal D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008 e s.m.i. (Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro);
- b) Fatti salvi casi limitati e specifici, gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari sono da considerarsi come reati e, come tali, vanno perseguiti;
- c) L'alimentazione del flusso SIMES non coincide né con la valutazione degli aspetti infortunistici dell'evento né con quella degli aspetti legali, peraltro recentemente modificati (Legge 14 agosto 2020, n. 113 recante "Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni").

Le indicazioni ministeriali sull'applicazione della citata Raccomandazione sono quelle di classificare come Eventi Sentinella tutti gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari **indipendentemente dall'esito**. La segnalazione è obbligatoria anche per le *"aggressioni subite da parte dei pazienti a particolare rischio dai quali è possibile attendersi comportamenti violenti"*. Sono escluse dalla segnalazione soltanto le *"aggressioni verbali che non abbiano carattere di minaccia o intimidazione"*.

Il CRRC Lazio, nel *"Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella"*, suggerisce di classificare come Eventi Sentinella gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari per i quali si verifichi uno dei seguenti casi :

- a. Sia possibile la elaborazione di un piano di miglioramento specifico e/o
- b. L'esito per l'operatore coinvolto o per almeno uno degli operatori coinvolti, nel caso di aggressione a più operatori, sia almeno MODERATO.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

3.1.8. INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E RELATIVO PIANO (PAICA)

Alla luce dello specifico Documento regionale "*Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)*" - Determinazione della Regione Lazio prot. N. G00163 del 11/01/2019 - la Gnosis Cooperativa Sociale Onlus ha elaborato, prima del presente PARS, il "Piano Annuale per le ICA" aziendale.

3.1.9. PREVENZIONE DELLE CADUTE DEGLI UTENTI/PAZIENTI

Alla luce della Determinazione Regione Lazio 25 ottobre 2016 n. G.12356 – Approvazione del "*Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti*" – contenente le Linee Guida e d'indirizzo per le aziende del SSR e che prevede l'adozione da parte delle Aziende Sanitarie del "*Piano Aziendale per la prevenzione delle cadute*" sono state adottate procedure sulla prevenzione e la gestione della caduta del paziente nella Struttura operativa, recependo le indicazioni contenute nel Piano Regionale. E' stato anche predisposto un vademecum per la prevenzione delle cadute da consegnare all'utente.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

4. CONTESTO ORGANIZZATIVO

GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus è stata fondata nel 1990 da un gruppo promotore composto da psicologi – psicoterapeuti provenienti dalla Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Le finalità della Cooperativa Gnosis si fondano sulla necessità di offrire risposte articolate e differenziate ai problemi ed ai bisogni di persone con disagio psichico attraverso interventi mirati alla prevenzione, alla cura, all'assistenza ed al reinserimento sociale e lavorativo.

La metodologia Gnosis parte dal concetto di "farsi carico" della persona che si trova in una situazione di difficoltà psichica partendo anzitutto da un'analisi approfondita dei suoi bisogni finalizzata alla definizione e realizzazione di un Progetto Terapeutico – Riabilitativo Individualizzato, all'interno di una rete di cura che includa Servizi, Istituzioni ed Agenzie sociali del territorio.

Secondo l'impostazione "Gnosis" il concetto di Cura è considerato un processo dinamico e flessibile che tende al superamento dei singoli aspetti terapeutici, per aderire invece all'idea secondo la quale il Progetto di cura deve essere necessariamente finalizzato a rispondere a esigenze e garantire il raggiungimento di obiettivi che consentano ad ognuno di esercitare il diritto di cittadinanza e di raggiungere una qualità di vita dignitosa e soddisfacente.

L'obiettivo principale della "Gnosis" è quello di coniugare gli aspetti tecnico – scientifici con quelli umanitari e sociali, con il superamento della "logica dei ruoli", per cui al termine di paziente abbiamo scelto di utilizzare il termine "persona", con la consapevolezza che il rapporto terapeutico è fondato sulla reciprocità : da un lato c'è il nostro impegno ad offrire e mettere a disposizione la nostra professionalità e le nostre competenze, dall'altro la persona ci arricchisce offrendoci la sua esperienza, la sua storia, i suoi affetti.

La Cura in psichiatria, a nostro avviso, non equivale semplicemente allo stabilire un rapporto di prestazione tra chi offre una competenza e chi la riceve : curare il disagio psichico significa avere la disponibilità ad entrare e condividere con "l'altro" la sofferenza e nello stesso tempo la speranza di uscire fuori da una situazione che spesso si presenta come "senza soluzione alcuna".

Il disagio psichico, inoltre, non comporta solo conseguenze dal punto di vista psichico e medico ma la "persona" è, ancora di più, condizionata dallo stigma e dall'atteggiamento di esclusione a cui viene spesso sottoposta dalla società dando luogo all'emarginazione.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

Chi soffre di un disagio psichico può essere esposto ad una doppia solitudine : da un lato rischia di perdere gli affetti più cari e dall'altro rischia di perdere il diritto stesso di cittadinanza.

La "Gnosis" intende contribuire ed impegnarsi nella lotta contro i pregiudizi sottesi al disagio psichico e promuovere un reale processo di inclusione sociale.

1. - S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA"

Struttura Residenziale Terapeutico – Riabilitativa di tipo estensivo.

La Struttura Terapeutico - Riabilitativa di tipo estensivo "La Grande Montagna" si rivolge ad un'utenza psichiatrica giovane, di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, di ambo i sessi, che presenta una situazione di disagio agli esordi, caratterizzata da risorse psichiche e capacità cognitive adeguate e compatibili con la metodologia di cura proposta. In particolare, ci si riferisce a situazioni cliniche riconducibili all'area dei Disturbi di Personalità ed a problematiche che più frequentemente colpiscono la popolazione giovanile, a partire dalla fase adolescenziale, e che per la loro complessità, dovuta anche alla presenza di fenomeni secondari di dipendenza (sostanze, alcool, ecc.) e comportamenti antisociali, richiedono un intervento altamente specialistico non rispondendo alle cure standard proposte in psichiatria. La Comunità è strutturata per ospitare un numero limitato di residenti (max. 10) ed il processo di cura prevede una durata media di circa 24 mesi, periodo questo che viene comunque gestito secondo un approccio dinamico e flessibile, sulla base delle esigenze presentate dai rispettivi utenti oltre che di Progetti Terapeutico – Riabilitativi individualizzati. L'intervento di cura viene proposto all'interno di un contesto terapeutico finalizzato a promuovere processi di "cambiamento" strutturale, che consentano agli utenti di incrementare la propria consapevolezza e di raggiungere livelli di funzionamento mentale tali da garantire un efficiente recupero delle loro capacità cognitive e soprattutto relazionali. Per il raggiungimento degli obiettivi il Progetto Gnosis "La Grande Montagna" accanto agli interventi propri dell'ambito di cura comunitario propone una metodologia rivolta al nucleo familiare nel suo complesso e lo considera parte integrante del percorso comunitario attuando incontri di Psicoanalisi multifamiliare, recente acquisizione nell'ambito della cura del disagio psichico.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

2. S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

Struttura Residenziale Terapeutico – Riabilitativa di tipo estensivo.

La Struttura Terapeutico - Riabilitativa di tipo estensivo "Gnosis Castelluccia" si rivolge ad un'utenza psichiatrica compresa tra i 18 e i 45 anni circa, di ambo i sessi, che presenta situazioni cliniche riconducibili all'area del disagio psichico grave e che richiede uno specifico ed intensivo intervento di cura residenziale.

Il Progetto si rivolge a casi (max. 20 persone) in cui, nonostante una storia psichiatrica già conclamata e caratterizzata da precedenti interventi clinici e/o da esiti non favorevoli, presentano una condizione che lasci potenzialmente intravedere possibilità di cura e di riabilitazione.

Per quanto riguarda gli aspetti metodologici, considerando il particolare tipo di utenza che non sembra rispondere ai tradizionali strumenti psicoterapici, il Progetto della Comunità "Gnosis Castelluccia" propone un modello di intervento fondato su una terapia di contesto che a partire dalla dimensione terapeutica del quotidiano cerca di favorire l'integrazione tra gli aspetti intrapsichici e la realtà esterna.

Il Progetto di cura è quindi strutturato per accogliere, secondo modalità flessibili e dinamiche, una serie eterogenea di richieste che abbiano come denominatore comune l'esigenza di rendere la persona più consapevole e competente dei propri aspetti sintomatici legati alla situazione di disagio. Per raggiungere questi obiettivi la Comunità oltre ad un insieme di attività terapeutiche, che includono interventi medico - sanitari, psicoterapeutici e di reinserimento psico-sociale, prevede una costante apertura verso l'esterno promuovendo attività rivolte al territorio e proponendosi come un "Laboratorio Sociale" all'interno del quale gli utenti possono sperimentare una qualità di socializzazione che, pur essendo ancora parzialmente protetta, consenta loro di acquisire e rafforzare le competenze necessarie al processo di reinserimento sociale.

* * *

Le Strutture "GNOSIS" ospitano, pertanto, pazienti di competenza psichiatrica, che presentano problematiche di tipo psicopatologico, relazionali, esistenziali, a causa dei quali si rende necessaria una temporanea separazione dall'abituale contesto di vita fornendo un trattamento che ha come obiettivo il recupero delle capacità individuali e livelli funzionali di autonomia del paziente, finalizzate al suo reinserimento nell'ambiente sociale.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

L'equipe clinica è composta da psichiatri, psicologi, tecnici di psicologia, educatori professionali, assistenti sociali, infermieri professionali, operatori socio sanitari.

Gli ospiti beneficiano di un progetto individualizzato che stabilisce obiettivi a medio e lungo termine, metodologia e verifica del progetto stesso.

L'esperienza nelle comunità residenziali psichiatriche ha posto al centro della sua azione la possibilità di condividere con altri luoghi e spazi comuni e riempire il tempo vuoto e dilatato dei vecchi ospedali psichiatrici con l'ascolto, il rapporto personale e le attività comuni basate sulla partecipazione del paziente.

Su questi presupposti le Strutture residenziali psichiatriche GNOSIS hanno raggiunto, attraverso una crescita costante ed evolutiva delle metodologie terapeutiche e riabilitative e della qualificazione continua del personale in correlazione con la dinamica dei bisogni e delle richieste degli utenti, il risultato, per quanto possibile, di creare un'atmosfera empatica, collaborativa, accettante e protettiva volta all'integrazione operativa tra tutti i soggetti interessati al recupero del disagio degli utenti e delle loro famiglie.

Il personale è selezionato in base alle qualifiche previste dalla legislazione nazionale e regionale, sottoposto ad aggiornamento e formazione continua, con il fine di formare un'equipe multi professionale sempre più affiatata.

L'area delle attività terapeutiche e riabilitative del programma delle residenze psichiatriche e dei programmi terapeutico riabilitativi personalizzati, prevede una serie di attività finalizzate alla promozione di processi emancipativi tali da consentire all'ospite di tendere alla successiva reintegrazione nel tessuto socio-familiare di provenienza.

In questo contesto la gestione del rischio affronta molti dei rischi comuni alle strutture sanitarie quali **il rischio caduta, le infezioni correlate all'assistenza, il percorso del farmaco.** Ma, in aggiunta, fronteggia **altri rischi** che sono **correlati alla natura particolare della malattia psichiatrica** che si presta meno ad un inquadramento rigidamente statistico. Le metodologie di gestione del rischio in questo contesto possono essere, pertanto, diverse.

E' necessario, quindi, individuare e comprendere dove si annidino i rischi e correggere o migliorare le procedure organizzative o cliniche a seguito di strumenti analitici del risk management con il contributo dei diversi professionisti coinvolti (risk manager, psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, esperti legali).



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

È solo la conoscenza di quanto è avvenuto che permette di capire come prevenire in futuro. Emerge che nessuna attività di gestione del rischio **può avere successo senza il contributo** – attivo e quotidiano – dell'intero personale sanitario. Sono coloro che operano a tutti i livelli nelle strutture a dover segnalare cosa non funziona e, nel contempo, ad applicare i nuovi protocolli sviluppati come risposta correttiva. Solo tenendo conto di ciò si comprende perché l'approccio del Risk Management è di natura culturale : l'evento avverso, l'incidente o il near miss non sono e non devono essere considerati più una "colpa". Sono eventi fisiologici che si possono verificare in una qualsiasi struttura sanitaria e devono essere segnalati senza vergogna o pudori perché **è solo attraverso la trasparenza interna che si può avere un miglioramento della qualità delle cure**. A fare la differenza è la capacità di accettare la sua presenza e costruire, di conseguenza, barriere che lo contengano e gli impediscano di diventare danno.

Anche la **formazione continua**, attraverso percorsi di sensibilizzazione di tutte le categorie di professionisti per l'applicazione di comportamenti e procedure per ridurre il rischio, ha l'obiettivo di contribuire a sviluppare nuove procedure volte a ridurre il rischio clinico in modo significativo.

La Gnosis Cooperativa Sociale Onlus si è dotata di un "Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) dal 2020. Nella delibera di istituzione del Comitato per il controllo delle ICA è stata inoltre prevista la possibilità di affiancare al CC-ICA membri esperti sulle tematiche da affrontare con funzione di consulenza.

Gli obiettivi sono i seguenti :

- ❑ Migliorare la capacità di cura;
- ❑ Migliorare l'appropriatezza della terapia antibiotica;
- ❑ Limitare la diffusione di resistenze;
- ❑ Limitare gli eventi avversi legati a farmaci.

Tutte le articolazioni aziendali, per competenza, collaborano e concorrono al raggiungimento degli obiettivi prefissati per la riduzione del Rischio Sanitario.

5. DATI GENERALI

Aggiornati al 18 febbraio 2022			
DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA	S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA"		
SEDE	SEDE LEGALE ED OPERATIVA Marino (Roma) - Via Boville n. 1		
ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE	ASL Roma 6		
DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA	S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"		
SEDE	SEDE LEGALE ED OPERATIVA Marino (Roma) - Via Boville n. 1		
ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE	ASL Roma 6		
DATI STRUTTURALI S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA"	NUMERO EDIFICI	MQ di superficie	POSTI LETTO N.
	01	434,13 comprensivo del 30% di spazi esterni computabili	10
DATI STRUTTURALI S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"	NUMERO EDIFICI	MQ di superficie	POSTI LETTO N.
	01	832,00 comprensivo del 30% di spazi esterni computabili	20
Autorizzazioni/Accreditamento S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA"	Autorizzata al funzionamento, in virtù del Decreto autorizzativo n. 1923, rilasciato, in data 12.10.1993, dalla Regione Lazio); conferma dell'Autorizzazione all'Esercizio ed accreditamento definitivo con Decreto della Regione Lazio n. U00014 del 27 Gennaio 2014).		
Autorizzazioni/Accreditamento S.R.T.R.e "GNOSIS CASTELLUCCIA"	Autorizzata al funzionamento, in virtù del Decreto autorizzativo n. 291, rilasciato, in data 17.05.2001, dalla Regione Lazio); conferma dell'Autorizzazione all'Esercizio ed accreditamento definitivo con Decreto della Regione Lazio n. U00057 del 04 Marzo 2013.		
ORGANI DI GOVERNO	CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE PRESIDENTE Dott.ssa ANGELA D'AGOSTINO VICE PRESIDENTE Dott.ssa FRANCESCA MARGHERITI		

	CONSIGLIERE Dott.ssa ELISABETTA ANTONELLI
LEGALE RAPPRESENTANTE	Dott.ssa ANGELA D'AGOSTINO
RESPONSABILE AMMINISTRATIVO	Sig.ra ILARIA SANTILLI
Responsabile Sanitario S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA"	Dott. ssa PATRIZIA SABETTA
Responsabile Sanitario S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"	Dott. PIER LUIGI SCARCIGLIA
Responsabile Clinico Programmi Terapeutico Riabilitativi utenti Gnosis	Dott. BRUNO PINKUS
Responsabile clinico S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA"	Dott.ssa FIORELLA CEPPI
Responsabile clinico S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"	Dott.ssa FRANCESCA MARGHERITI

DATI DI ATTIVITA'		
--------------------------	--	--

GIORNATE DI DEGENZA	ANNO	NUMERO
	2021	9001
SITO INTERNET	www.gnosispsichiatria.it	
Indirizzo mail S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA"	lagrandemontagna@gnosispsichiatria.it	
Indirizzo mail S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"	lacastelluccia@gnosispsichiatria.it	
PEC	gnosis@pec.gnosispsichiatria.it	



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

5.1 RISCHIO INFETTIVO. IL COMITATO PER IL CONTROLLO DELLE ICA.

Con Delibera del Consiglio di Amministrazione del 20 dicembre 2021 GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus ha modificato il **Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza** (di seguito CC-ICA), istituito nel 2020, che, pertanto, risulta così composto :

COMPOSIZIONE CC-ICA	
PRESIDENTE CC-ICA Responsabile Sanitario S.R.T.R.e. "La Grande Montagna"	Dott.ssa PATRIZIA SABETTA
VICE PRESIDENTE Responsabile sanitario S.R.T.R.e. "Gnosis Castelluccia"	Dott. PIERLUIGI SCARCIGLIA
COMPONENTE Referente area infermieristica S.R.T.R.e. "Gnosis Castelluccia"	I.P. PAOLA PUCCI
COMPONENTE Referente area infermieristica S.R.T.R.e. "La Grande Montagna"	I.P. ROBERTO SILVESTRINI
COMPONENTE Referente area infermieristica S.R.S.R. H24 "Gnosis"	I.P. EMILIANO MORETTI

Il CC-ICA ha il compito di vigilanza e controllo sulle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale e di stimolare le attività e le buone pratiche finalizzate alla riduzione delle ICA.

I dati rilevati dal CC-ICA vengono analizzati dal Comitato stesso per evidenziare le criticità esistenti e individuare gli interventi di miglioramento più idonei a contrastare il fenomeno delle ICA. Il Comitato, pertanto, vaglia e propone azioni di miglioramento, ivi comprese le attività formative, valutando anche i dispositivi, le attrezzature e i prodotti utilizzati.

All'interno del Comitato viene svolta, alla luce della capacità sempre più diffusa dei microrganismi di resistere agli antibiotici, anche una attività di contrasto al fenomeno dell'antibiotico resistenza allo scopo di promuovere il corretto uso degli antibiotici.

Da febbraio 2020, nel rispetto delle prescrizioni nazionali e regionali, vengono emanate ed aggiornate le procedure interne per il contrasto e il contenimento dell'infezione Covid-19 alle quali partecipa il CC-ICA.

Nella delibera di istituzione del Comitato per il controllo delle ICA è stata, inoltre, prevista la possibilità di affiancare al CC-ICA membri esperti sulle tematiche da affrontare con funzione di consulenza.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

Gli obiettivi sono i seguenti :

- ❑ Migliorare la capacità di cura;
- ❑ Migliorare l'appropriatezza della terapia antibiotica;
- ❑ Limitare la diffusione di resistenze;
- ❑ Limitare gli eventi avversi legati a farmaci.

Il CC-ICA si riunisce ogni tre mesi.

6. MAPPATURA DEL RISCHIO

ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI POSTE IN ESSERE	DOCUMENTI CONTENENTI GLI ADEMPIMENTI RICHIESTI
<p>Valutazione quotidiana generale dell'utente, gestione della terapia farmacologica, effettuazione di visite.</p>	<p>a. Raccomandazione n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica.</p> <p>b. Raccomandazione n. 12 sui farmaci LASA (acronimo utilizzato per indicare i farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome nonché per il packaging.</p> <p>c. Raccomandazione n. 11 sul malfunzionamento del sistema di trasporto.</p> <p>d. Raccomandazione n. 17 sulla riconciliazione farmacologica (è un processo che, partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, come risultanti dalla ricognizione, e quelli che dovrebbero essere somministrati al paziente nella particolare circostanza, consente di arrivare ad una decisione prescrittiva farmacologica corretta successivamente alla transizione di cura) .</p> <p>e. Raccomandazione n. 18 sull'uso di sigle e acronimi.</p> <p>f. Raccomandazione n. 19 sulla manipolazione di forme orali solide (per la corretta gestione della terapia farmacologica orale, nei casi in cui non sia possibile somministrarle integre e quanto le attività di allestimento non siano effettuate dalla farmacia. Per manipolazione si intende : la divisione di compresse; la triturazione, frantumazione, polverizzazione di compresse; l'apertura di capsule).</p> <p>g. Documento di indirizzo regionale sulla sicurezza della terapia farmacologica.</p> <p>h. Documento di indirizzo regionale sulla identificazione della persona assistita.</p>
<p>Soddisfacimento dei bisogni fondamentali dell'individuo compresa la gestione delle infezioni correlate all'assistenza.</p>	<p>a. Raccomandazione n. 13 sulla prevenzione delle cadute.</p> <p>b. Piano regionale sulla prevenzione delle cadute.</p> <p>d. Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.</p>
<p>Prevenzione degli effetti da disturbo del comportamento con azioni auto-etero-lesive.</p>	<p>a. Raccomandazione n. 4 sulla prevenzione del suicidio di paziente.</p> <p>b. Raccomandazione n. 8 sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori.</p> <p>c. Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.</p>



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

7. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una *"relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria."*

Gnosis Cooperativa Sociale Onlus ha sviluppato un programma per le segnalazioni di **near miss** (errore che ha la potenzialità di causare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito), **eventi avversi** (evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile) ed **eventi sentinella** (evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che comporta la morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del SSN e dei professionisti) dal 2019 ed istituito un Comitato per l'analisi degli eventi segnalati. La diffusione della cultura della sicurezza e la partecipazione del personale al programma di segnalazione di eventi avversi, near miss e criticità organizzative che rappresentano un rischio per la sicurezza del paziente è di fondamentale importanza per la implementazione di tutti i correttivi necessari per migliorare il sistema organizzativo e gestionale e garantire sicurezza delle cure.

Negli ultimi 5 anni non sono stati segnalati eventi.

7.1 EVENTI SEGNALATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO

S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA"					
TIPO DI EVENTO		NUMERO DEGLI EVENTI	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUTENTI (1)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
NEAR MISS	2017	0	Strutturali (0%)		Sistemi di reporting (0%)
	2018	0	Tecnologici (0%)		Sinistri (0%)
	2019	0	Organizzativi (0%)		Emovigilanza (0%)
	2020	0	Procedure/		Farmacovigilanza (0%)
	2021	0	Comunicazione (0%) Cadute(0%)		ICA (0%)
EVENTI AVVERSI	2017	0	Strutturali (0%)		Sistemi di reporting (0%)
	2018	0	Tecnologici (0%)		Sinistri (0%)
	2019	0	Organizzativi (0%)		Emovigilanza (0%)
	2020	0	Procedure/		Farmacovigilanza (0%)
	2021	0	Comunicazione (0%) Cadute (0%)		ICA(0%)
EVENTI SENTINELLA	2017	0	Strutturali (0%)		Sistemi di reporting (0%)
	2018	0	Tecnologici (0%)		Sinistri (0%)
	2019	0	Organizzativi (0%)		Emovigilanza (0%)
	2020	0	Procedure/		Farmacovigilanza (0%)
	2021	0	Comunicazione (0%) Cadute (0%)		ICA(0%)

S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"					
TIPO DI EVENTO		NUMERO DEGLI EVENTI	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/ CONTRIBUTENTI (1)	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
NEAR MISS	2017	0	Strutturali (0%)		Sistemi di reporting (0%)
	2018	0	Tecnologici (0%)		Sinistri (0%)
	2019	0	Organizzativi (0%)		Emovigilanza (0%)
	2020	0	Procedure/		Farmacovigilanza (0%)
	2021	0	Comunicazione (0%) Cadute(0%)		ICA (0%)
EVENTI AVVERSI	2017	0	Strutturali (0%)		Sistemi di reporting (0%)
	2018	0	Tecnologici (0%)		Sinistri (0%)
	2019	0	Organizzativi (0%)		Emovigilanza (0%)
	2020	0	Procedure/		Farmacovigilanza (0%)
	2021	0	Comunicazione (0%) Cadute (0%)		ICA(0%)
EVENTI	2017	0	Strutturali (0%)		Sistemi di reporting (0%)
	2018	0	Tecnologici (0%)		Sinistri (0%)

SENTINELLA	2019	0	Organizzativi (0%)		Emovigilanza (0%)
	2020	0	Procedure/		Farmacovigilanza (0%)
	2021	0	Comunicazione (0%)		ICA(0%)
			Cadute (0%)		

- (1) I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi.
 Si rimanda al Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione della Regione Lazio n. G09850 del 20 luglio 2021.

8. SINISTROSITA' E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

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

Al fine di ottemperare a tale obbligo è stata elaborata la tabella che segue.

S.R.T.R.e. "LA GRANDE MONTAGNA" S.R.T.R.e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"			
ANNO	NUMERO SINISTRI APERTI (1)	NUMERO SINISTRI LIQUIDATI (1)	RISARCIMENTI EROGATI (1)
2017	0	0	0
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0

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



9. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

ANNO	POLIZZA (Scadenza)	COMPAGNIA ASSICURATIVA	PREMIO	FRANCHIGIA
2017	12.01.2018	SARA ASSICURAZIONI	3.641,02	0
2018	12.01.2019	SARA ASSICURAZIONI	3.200,00	0
2019	12.01.2020	TUA ASSICURAZIONI	2.766,00	0
2020	12.01.2021	TUA ASSICURAZIONI	2.766,00	0
2021	11.01.2021	TUA ASSICURAZIONI	2.798,00	0
2022	11.01.2023	TUA ASSICURAZIONI	2.644,00	0



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

10. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PARM E DEL PAICA 2021

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione, pubblicata sul sito internet aziendale, è stato adottato il Piano Annuale di Risk Management (PARM) 2021; tale Piano è stato redatto dal Risk Manager in conformità della Determinazione Regionale n. G00164 dell'11 gennaio 2019 - *Approvazione e adozione del documento recante "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management" (PARM)*".

Con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione, pubblicata sul sito internet aziendale, è stato adottato il Piano Annuale delle infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) 2021.

Tali Piani sono stati redatti, in conformità alle Determinazioni Regionale e Linee Guida.

Si precisa, preliminarmente, che nel corso dell'anno 2021 non sono stati segnalati "eventi indesiderati", non sono stati segnalati e/o riscontrati "eventi sentinella" e "near miss".

Pertanto, il resoconto delle segnalazioni dell'anno 2021 è il seguente :

- ❑ Segnalazioni relative a cadute di pazienti = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a criticità organizzativo/strutturali = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a carenza di personale = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a errata identificazione di paziente = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a decesso di paziente a causa di eventi indesiderati = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a presunto nesso di causalità tra atto medico/infermieristico ed evento indesiderato = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative ad aggressioni verbali nei confronti di operatore = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative ad aggressioni fisiche nei confronti di operatore = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative ad allontanamento volontario di paziente = n. 0
- ❑ Segnalazioni relative a errore di terapia = n. 0
- ❑ Segnalazioni di eventi di scarsa rilevanza = n. 0
- ❑ Schede di ALERT-REPORT contenenti l'individuazione di azioni di miglioramento = 04

Nel corso dell'anno 2021 si è perseguita una politica di Gestione del rischio clinico, per altro ricompresa all'interno della più ampia politica per la sicurezza aziendale, promuovendo l'approccio sistemico al problema della sicurezza delle cure anche attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo assistenziale.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

Le azioni poste in essere con riguardo al **Rischio Clinico** sono state le seguenti.

<p align="center">OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</p>	<p align="center">REALIZZATO</p>	<p align="center">STATO DI ATTUAZIONE</p>
<p align="center">Attività 1</p> <p align="center">PROGRAMMATA</p> <p>Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti. Svolgimento di un corso di formazione sulla “Gestione del Rischio Clinico” e sulla “Comunicazione e lavoro di gruppo per la prevenzione dei rischi”.</p> <p>Partecipazione a corsi, seminari, convegni sul tema da parte della direzione aziendale sanitaria.</p> <p>Corsi di formazione all’utilizzo dell’istituendo intranet aziendale per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate (ad esempio sul corretto utilizzo dei farmaci).</p>	<p align="center">PARZIALMENTE</p>	<p>Il PARM 2021 è stato portato a conoscenza di tutti gli operatori. Con l’intento di implementare le conoscenze relative al fenomeno SARSCoV-2 e di migliorare l’approccio in materia di prevenzione di attuazione di procedure atte al contenimento dell’evento pandemico, sono stati realizzati eventi formativi nelle giornate di seguito riportate.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 11.01.2021 - Riunione Gruppo Rischio Clinico. Si è discusso della campagna vaccinale di operatori e utenti delle strutture GNOSIS e della campagna di screening degli operatori sanitari e si è definito un programma degli incontri di formazione rivolti ad operatori e utenti in materia di Rischio e Prevenzione. - 13.01.2021 - All’interno delle rispettive equipe si è effettuata una specifica “Formazione sui concetti di test diagnostici e tracciamento dei contatti” per dirimere le differenze fra tampone rapido e tampone molecolare e dare informazioni sulle modalità di attivazione di procedure di sanità pubblica per contenere la diffusione dei contagi. Il senso dell’incontro formativo è stato integrato con un breve resoconto dei vissuti personali alla luce di una presentazione dei dati interni alle strutture, quelli nazionali e quelli internazionali. - 21.01.2021 - Incontro sulla piattaforma GotoMeeting degli operatori delle strutture GNOSIS per ribadire i concetti di prevenzione e rischio epidemico, gli strumenti atti al contenimento dello stesso e le misure sanitarie interne alle strutture per fronteggiare l’emergenza COVID. - 07.04.2021 - All’interno della riunione di equipe si è tenuta una Formazione specifica sulle recenti misure e

disposizioni in ambito di prevenzione della diffusione del virus Sars Cov 2 (utilizzo specifico e refresh sui DPI, nuovi dispenser, richieste da parte della ASL RM6).

-14.04.2021 - A seguito di una riunione straordinaria del GRC è stata effettuata una nuova breve formazione all'interno delle equipe in sono state delineate le procedure di "Entrata in struttura dei nuovi inserimenti, uscita per soggiorno in famiglia e uscite per visite specialistiche dei residenti delle Strutture GNOSIS. A questo si aggiunge una nuova modalità di definizione di accesso alle Strutture di familiari e ASL invianti". Gli operatori vengono informati delle procedure definite all'interno delle Strutture e formati in modo accurato sulle modalità di accesso e di gestione degli utenti e delle famiglie.

- 05.05.2021 - Giornata di Formazione relativa alla corretta "Igiene e lavaggio delle mani all'interno di una struttura sanitaria": norme di attuazione emanate dalla Regione Lazio ("Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani" – CRRC 19.02.2021), informazioni principali infezioni, tempi di esposizione e di sanificazione, applicazione misure di igiene, prodotti utilizzabili, tempistiche e modalità pratiche (strumenti, materiali utilizzati per l'igiene, e metodi di utilizzo degli stessi).

- 12.05.2021 - Con la dicitura NORME ANTI.COVID è stata presentata nelle rispettive equipe il Piano di attuazione di procedure operative GNOSIS per la prevenzione di infezione da SARSCOV-2 e varianti (redatto dal GRC). In questa giornata si è ribadito l'utilizzo corretto di mascherine FFP2 e sono state delineate nuove Linee Guida Interne per inserimento ospiti (tempi e modalità di effettuazione tamponi pre-inserimento), procedure di osservazione e gestione di casi "positivi", soggiorni a casa, modalità di incontro per colloqui ASL o familiari in spazi dedicati esterni alle strutture.

- 08.07.2021 - Formazione sul tema :

“Circolare relativa alla procedura in materia di obblighi vaccinali per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario di cui all'art. 4 del decreto legge 1 aprile 2021, n. 44, convertito dalla Legge 28 maggio 2021, n. 76. Oltre che di carattere igienico-sanitario, il tema trattato, investe la responsabilità individuale e, pertanto, ha richiesto un approfondimento anche rispetto alla convinzione personale ma soprattutto le conoscenze e le competenze relativamente alla necessità di effettuazione del vaccino come risorsa individuale e comune per prevenire e contrastare la pandemia in atto.

- 28.07.2021 - Concordemente con l'uscita del decreto “Proroga dello stato di emergenza del 22.07.2021” è stata effettuata nelle rispettive equipe una formazione sul corretto utilizzo del Green Pass vaccinale e misure di utilizzo dello stesso. Nel decreto si delinea che sarà possibile svolgere alcune attività solamente se si è in possesso di : Certificazioni Verdi Covid-19 (Green Pass), comprovanti l'inoculamento almeno della prima dose vaccinale Sars-CoV-2 o la guarigione dall'infezione da Sars-CoV-2 (validità 6 mesi); ovvero effettuazione di un test molecolare o antigenico rapido con risultato negativo al virus Sars-CoV-2 (con validità 48 ore). Queste norme rendono necessaria la creazione di una nuova circolare interna (redatta dal GRC) relativamente alle norme interne alle strutture GNOSIS di attuazione delle modalità di ingaggio di nuovi casi in struttura, di uscite, soggiorni e di accesso di famiglie e referenti ASL.

- 13.10.2021 - Formazione interna alla riunione di equipe sul tema: “Procedure che entreranno in vigore dal 15/10/21 per quanto riguarda modulistica e controlli preventivi degli accessi del personale e di persone esterne alla comunità. Si discute in modo approfondito la metodica di verifica tramite app e moduli”.

- 22.12.2021 - GIORNATA DI FORMAZIONE INTER-STRUTTURE sul tema: “Allontanamento e fuga dalle

		<p>strutture GNOSIS, procedure operative di gestione e prevenzione” con redazione di un Documento condiviso di attuazione delle procedure stesse.</p> <p>Sono state redatte, approvate ed attuate le procedure per la prevenzione del contagio SARS-CoV2.</p> <p>In particolare, sono state adottate tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale per garantire la prevenzione, il contenimento e la gestione del rischio da infezione SARS-CoV2 .</p> <p>E’ stato predisposto un modello per la segnalazione degli eventi sentinella e le cadute del paziente, da compilare a cura degli operatori sanitari che operano nelle Strutture.</p> <p>E’ in itinere l’intranet aziendale.</p>
<p>Attività 2</p> <p>PROGRAMMATA</p> <p>Riunione di equipe clinica settimanale 14,30-17,00.</p>	SI	<p>Sono state regolarmente svolte le riunioni di equipe clinica, con cadenza settimanale.</p>
<p>Attività 3</p> <p>PROGRAMMATA</p> <p>Incontri mensili con docente esterno della equipe clinica.</p>	SI	<p>Si sono tenuti regolarmente gli incontri mensili con il docente esterno della equipe clinica che hanno riguardato anche la tematica del rischio clinico.</p>
<p>OBIETTIVO B)</p> <p>MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA’ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</p>		
<p>Attività 1</p> <p>PROGRAMMATA</p> <p>Implementazione delle procedure per il rispetto delle raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti. Attività di verifica delle procedure avviate.</p> <p>Riunione di equipe clinica</p>	SI	<p>Sono state redatte, approvate ed attuate le procedure per la prevenzione del contagio Covid-19 nel rispetto delle raccomandazioni ministeriali e della normativa nazionale e regionale per la sicurezza degli utenti ed è stata svolta una specifica attività di verifica delle</p>

<p>settimanale 14,30-17,00. Supervisione mensile equipe clinica da docente esterno. Progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di risk assessment. Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit di rischio clinico. Elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di documenti regionali o nazionali. Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle strutture.</p>		<p>procedure avviate. Sono state regolarmente tenute, anche in videoconferenza, le riunioni settimanali dell'equipe clinica e quelle mensili con il docente esterno. E' stata svolta la consueta attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle Strutture.</p>
<p style="text-align: center;">Attività 2</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>Programma di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management. Saranno esaminate cartelle cliniche del 2020, utilizzando una chek list ad hoc. A tale scopo si farà riferimento al Progetto Regionale <i>"La valutazione della Qualità della cartella clinica come strumento di Risk Management"</i>. Verranno analizzati i seguenti requisiti : completezza, precisione, aggiornamento, chiarezza, intelligibilità, e tracciabilità con parametrizzazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.</p>	<p>SI</p>	<p>Sono state esaminate complessivamente n. 15 cartelle cliniche relative all'anno 2021 sotto il profilo della completezza, precisione, chiarezza, aggiornamento. L'esame non ha evidenziato problematiche legate al rischio clinico e, pertanto, il risultato è stato parametrato come più che sufficiente, con punteggio a 90.</p>
<p style="text-align: center;">Attività 3</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza). Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto.</p>	<p>SI</p>	<p>Sono state verificate n. 30 procedure per la gestione del farmaco. Il risultato dell'accertamento è stato più che soddisfacente. La gestione dei farmaci con apposito software ha permesso una maggiore sicurezza, anche riguardo a farmaci con nomi facilmente confondibili.</p>
<p style="text-align: center;">OBIETTIVO C)</p> <p style="text-align: center;">FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE</p>		

<p style="text-align: center;">Attività</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>Svolgimento di audit reattivi e/o proattivi su eventi, processi o esiti. Attività del Tavolo permanente istituito per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager. Riunione di Equipe clinica settimanale. Supervisione mensile dell'equipe clinica da docente esterno.</p>	<p>SI</p>	<p>Sono pervenute n° 03 (tre) schede di ALERT-REPORT, contenenti l'individuazione e l'attivazione di azioni di miglioramento, scaturite dall'attività di Equipe Clinica, riguardanti tuttavia eventi di scarsa gravità che hanno prodotto azioni di miglioramento.</p> <p>L'Unità di Gestione del Rischio Clinico ha realizzato, presso la Struttura, una costante attività di monitoraggio e implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali.</p> <p>E' stato istituito un Tavolo permanente per la sicurezza aziendale, coordinato dal Risk Manager.</p> <p>Sono state svolte con regolarità le riunioni di equipe clinica settimanali.</p> <p>Il supervisore esterno ha svolto regolarmente la propria attività, anche con audit.</p>
<p>OBIETTIVO D)</p> <p>GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT</p>		
<p style="text-align: center;">Attività</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>Partecipazione ai tavoli regionali sul rischio clinico e alle attività dei gruppi di studio/approfondimento regionali. Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Clinico.</p>	<p>SI</p>	<p>Il Risk Manager ha partecipato alle riunioni regionali sul rischio clinico.</p>



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

Le azioni poste in essere con riguardo al **Rischio Infettivo** sono state le seguenti.

<p>ATTIVITA' 1</p> <p>DISTRIBUZIONE PAICA A TUTTO IL PERSONALE. INDICATORE : Invio a mezzo mail</p>	<p>REALIZZATA</p> <p>SI</p>
---	---

Standard = 100%	
<p>ATTIVITA' 2 FORMAZIONE 1 Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli operatori sulle tematiche del rischio ICA, in particolare sulla prevenzione e controllo dell'infezione Covid-19. Svolgimento di un corso base di formazione sul tema, obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. Partecipazione a corsi, seminari, convegni. INDICATORE : Esecuzione del corso entro il 31/12/2021. Partecipazione al Corso : Standard \geq 75%</p>	<p>REALIZZATA SI Tutto il personale ha partecipato ai corsi per le buone pratiche per il contrasto e il contenimento dell'infezione SARS-CoV-2 e sull'uso appropriato dei DPI . E' stata effettuata una specifica formazione sull'igiene delle mani alla luce alla luce del Documento predisposto dal CRRC nel 2021 "Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani" .</p>
<p>ATTIVITA' 3 FORMAZIONE 2 Organizzazione di attività di informazione/formazione del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici. INDICATORE : Riunioni con frequenza trimestrale. Partecipazione - Standard \geq 75%</p>	<p>REALIZZATA SI Nel corso dell'anno 2021 si sono tenute le riunioni trimestrali del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici. Tali riunioni, tuttavia, per l'attività svolta nelle Strutture e l'esigua prescrizione degli antibiotici, non hanno evidenziato particolari problematiche.</p>
<p>ATTIVITA' 4 ELABORAZIONE/REVISIONE/IMPLEMENTAZIONE DI PROCEDURE PER LA PREVENZIONE DEL SARS-CoV-2 La riunione di equipe clinica settimanale sarà focalizzata anche sui fattori di rischio associati alle ICA, predisponendo i miglioramenti organizzativi eventualmente indicati come opportuni. INDICATORE : Riunioni Partecipazione - Standard \geq 70%</p>	<p>REALIZZATA SI Nel corso delle riunioni settimanali dell'equipe clinica si è tenuto conto anche dei fattori di rischio associati alle ICA.</p>
<p>ATTIVITA' 5 RIUNIONE DI EQUIPE CLINICA SETTIMANALE La riunione di equipe clinica settimanale sarà focalizzata anche sui fattori di rischio associati alle ICA e avendo particolare riguardo all'infezione da SARS-CoV-2, predisposizione miglioramenti organizzativi eventualmente indicati come opportuni. INDICATORE : Partecipazione alle riunioni. Partecipazione - Standard \geq 70%</p>	<p>REALIZZATA SI Nel corso delle riunioni settimanali dell'equipe clinica si è tenuto conto anche dei fattori di rischio associati alle ICA.</p>
<p>ATTIVITA' 6 MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI ANTIBIOTICI E</p>	<p>REALIZZATA</p>

<p>MIGLIORAMENTO DELLA APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA. INDICATORE : Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici . Standard ≥ 3/anno Monitoraggio cartelle cliniche Standard ≥ 20</p>	<p style="text-align: center;">SI</p> <p>Il monitoraggio del consumo di antibiotici attraverso le cartelle cliniche e una verifica specifica ha mostrato la costante riduzione dell'uso degli stessi.</p>
---	--

<p>ATTIVITA' 7 MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI SOLUZIONI DISINFETTANTI IDRIALCOLICHE INDICATORE : Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso dei disinfettanti. Standard ≥ 3/anno Monitoraggio acquisti soluzioni disinfettanti. Standard ≥ 2/anno</p>	<p style="text-align: center;">REALIZZATA SI</p> <p>Il consumo di soluzioni disinfettanti idroalcoliche è aumentato nel corso dell'anno 2021 del 15%. E' da notare che dal 2019 è stata disponibile la soluzione in gel che ha il vantaggio di essere dosata in maniera più precisa con minori sprechi pur mantenendo la stessa efficacia disinfettante. Sono state applicate le procedure ed effettuata formazione igiene delle mani alla luce del Documento predisposto dal CRRC nel 2021 "Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani".</p>
---	--

<p>ATTIVITA' 8 INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE DEGLI UTENTI E DEL PERSONALE In fase di ingresso nella Struttura l'utente verrà informato sulla necessità di tenere una condotta improntata alla prevenzione delle infezioni, richiedendo, in particolare, frequenti lavaggi delle mani con l'impiego di appositi saponi e gel idroalcolico messi a disposizione dall'azienda. Sensibilizzazione di tutto il personale sul lavaggio frequente delle mani. Installazione di nuovi dispositivi di erogazione di gel idroalcolici per utenti, personale e visitatori. INDICATORE : Partecipazione – Standard ≥ 90 %</p>	<p style="text-align: center;">REALIZZATA SI</p> <p>Gli utenti e il personale sono stati informati sulle buone pratiche per la prevenzione delle infezioni, in particolare di quella da SARS CoV-2. Idonea formazione e sensibilizzazione degli utenti e del personale è stata operata anche con riguardo all'uso dei DPI per il contrasto e il contenimento della SARS-CoV-2 e per il loro smaltimento.</p>
---	--

<p>ATTIVITA' 9 PULIZIA E SANIFICAZIONE AMBIENTI Valutazione dell'efficacia del processo di pulizia e sanificazione degli ambienti e delle superfici. Valutazione dei prodotti impiegati. INDICATORE : Verifiche e ispezioni bimestrali. Standard ≥ 6/anno</p>	<p style="text-align: center;">REALIZZATA SI</p> <p>Il CC-ICA ha verificato periodicamente, con ispezioni dedicate, l'efficacia delle pulizie e dei prodotti impiegati. Non sono state</p>
--	---

	riscontrate criticità.
<p>ATTIVITA' 10 PROCEDURA GESTIONE BIANCHERIA Valutazione efficacia procedura gestione della biancheria. INDICATORE : Verifiche e ispezioni bimestrali. Standard ≥ 6/anno</p>	<p>REALIZZATA SI Il CC-ICA, con ispezioni, ha verificato periodicamente la corretta applicazione della procedura di gestione della biancheria. Non sono state riscontrate criticità.</p>
<p>ATTIVITA' 12 PARTECIPAZIONE ATTIVITA' REGIONALI ICA Partecipazione alle attività regionali in tema di prevenzione e controllo delle ICA, con particolare riguardo alla SARS-CoV-2 . INDICATORE : Partecipazione Standard ≥ 3</p>	<p>REALIZZATA SI</p>
<p>ATTIVITA' 13 TEST RAPIDI PREVENTIVI SARS-CoV-2 In aggiunta a quanto disposto dalle Autorità l'Azienda effettuerà test rapidi preventivi periodici di ulteriore screening in attesa dell'esito del tampone molecolare. INDICATORE : Partecipazione Standard = 100%</p>	<p>REALIZZATA SI</p>



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

11. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARS riconosce sempre almeno due specifiche responsabilità :

□ quella del Risk Manager che redige e promuove lo stesso tenendo nel debito conto le Linee Guida Regionali ed Aziendali in materia di Rischio Sanitario e ne monitorizza l'implementazione;

□ quella della Direzione Aziendale che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e alla organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

È bene sottolineare che in questa sezione non si elencano le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARM.

Di seguito la matrice delle responsabilità.

Legenda : R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE AZIENDALE	DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE AMMINISTRATIVA AZIENDALE	STRUTTURE AMMINISTRATIVE E TECNICHE DI SUPPORTO
REDAZIONE PARS E PROPOSTA DI DELIBERA	R	C	C	C	I
APPROVAZIONE E ADOZIONE PARS CON DELIBERA	I	R	C	C	I
DIFFUSIONE DEL PARS	C	I	C	C	R
MONITORAGGIO PARS	R	I	C	C	C
PUBBLICAZIONE DEL PARS SUL SITO WEB	I	R	I	I	C
INVIO DEL PARS AL CRRC NEI TERMINI	I	R	I	I	C



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

12. OBIETTIVI E ATTIVITA'2022

12.1. OBIETTIVI

La stesura del PARS e la sua effettiva applicazione, la partecipazione attiva degli Operatori, la comunicazione tra i diversi soggetti aziendali, contribuisce alla formazione della cultura della sicurezza delle cure per il contenimento degli eventi avversi e al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate.

Gli interventi e le azioni proposte, parte integrante e sostanziale del Piano, hanno la finalità di portare in evidenza e analizzare la rischiosità intrinseca a processi o pratiche terapeutiche e assistenziali, affinché, con il concorso di tutti gli operatori si possano adottare gli opportuni correttivi, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate. Il PARS si propone, quindi, di ridurre la possibilità di errori da parte degli operatori e si inserisce in una più ampia azione sistemica fatta di valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione ed implementazione di Linee Guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

Il Risk Manager rappresenta un facilitatore del cambiamento organizzativo la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi assistenziali, comprendendo nel termine "gestione" anche gli aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza sull'erogazione delle prestazioni. Rispetto a tali soggetti, il Risk Manager coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio partendo però dall'assunto che ogni singolo operatore ricopre un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e nel successo degli interventi di gestione del Rischio Sanitario.

Il PARS fornisce alla Direzione Aziendale un supporto indispensabile per intervenire nella macchina organizzativa aziendale basandosi su dati certi, con adeguato tempismo e con flessibilità organizzativa. La struttura aziendale, per quanto di competenza, collabora con il Risk Manager per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie per la definizione del PARS e la riuscita degli interventi in questo proposti.

Pertanto, nel recepire le Linee Guida regionali per la stesura del PARS ed in coerenza con la *mission* dell'ente è stata identificata, per l'anno 2022, la implementazione dei seguenti obiettivi strategici :



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

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 che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità della Struttura Sanitaria, 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 resistenti ai carbapenemi (CRE).
- E)** Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- F)** Partecipare alle attività regionali sul Rischio Sanitario.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

12.2 ATTIVITA' 2022

Il Piano delle attività che sono previste per l'anno 2022 continua nell'obiettivo intrapreso nel corso degli anni 2019, 2020 e 2021, dando continuità ai percorsi di gestione strategica e alla operatività delle linee di attività già precedentemente intraprese.

In particolare, tenuto conto delle esigenze e delle limitazioni per il contrasto e il contenimento dell'infezione Covid-19 e delle priorità da questa richieste, si tenderà a privilegiare e a sviluppare una formazione prevalentemente sul campo, attraverso AUDIT all'interno delle Strutture aziendali. Tale modello oltre a svolgere attività di analisi, monitoraggio e controllo di quanto oggetto di AUDIT terrà presente, come già precedentemente indicato, quegli elementi di criticità relativi alla "comunicazione" sia tra i professionisti che verso l'utente/paziente, con la convinzione che un buon processo di comunicazione è elemento fondamentale per mitigare reazioni avverse e possibili contenziosi.

Di seguito si individuano le diverse linee di attività in riferimento ai singoli obiettivi declinati secondo le peculiarità e le necessità dell'Azienda.

Legenda : **M = Mandatorie** **FR = Fortemente raccomandate**

<p>OBIETTIVO A)</p>	<p>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.</p>
<p>ATTIVITA' 1 M</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il PARS 2022 verrà portato a conoscenza del Consiglio di Amministrazione dell'Ente e di tutti gli Operatori Sanitari. • Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori sulle tematiche del Rischio Sanitario e della sicurezza dei pazienti, anche per quanto concerne il monitoraggio e la prevenzione delle ICA. <p>Sarà svolto un corso di formazione dal titolo <i>"Comunicazione e lavoro di gruppo per la prevenzione dei rischi"</i>, obbligatorio per tutti gli Operatori Sanitari.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si procederà alla formazione sull'utilizzo dell'istituendo intranet aziendale per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate (ad esempio sul corretto utilizzo dei farmaci). • Progettazione audit. • Esecuzione audit. • Consolidamento del programma segnalazione Incident Report.
<p>ATTIVITA' 2 M</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA, con particolare riguardo alla prevenzione e controllo dell'infezione Covid-19. <p>Sarà svolto un corso di formazione <i>"Monitoraggio e Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza"</i>, obbligatorio per tutti gli operatori sanitari.</p>
<p>ATTIVITA' 3 M</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione di attività di informazione/formazione degli Operatori sull'uso degli antibiotici.
<p>ATTIVITA' 4 M</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riunione di equipe clinica Settimanale 14,30-17,00.

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.
ATTIVITA' 1 M	<ul style="list-style-type: none"> • Con riguardo alla emergenza sanitaria CoV-SARS-2 in atto si procederà sulla linea del 2020 e 2021, nel rispetto di tutte le misure previste dalla normativa nazionale e regionale, per garantire la prevenzione, il contenimento e la gestione del rischio da infezione. • Implementazione delle procedure per il rispetto delle Raccomandazioni ministeriali e regionali per la sicurezza dei pazienti e operatori. • Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit. • Attività di verifica delle procedure avviate. • Riunione di equipe clinica Settimanale 14,30-17,00. • Supervisione mensile equipe clinica da docente esterno. • Attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle Strutture.
ATTIVITA' 2 FR	<ul style="list-style-type: none"> • Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza). Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione farmaci su paziente corretto. • Sicurezza farmaci : Report analisi delle eventuali difformità riscontrate nel corso di attività ispettive. • Applicazione del "Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica" elaborato dalla Regione Lazio. • Implementazione della Raccomandazione n. 7 Ministero Salute sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica. • Implementazione della Raccomandazione n. 12 Ministero Salute sui farmaci LASA. • Implementazione della Raccomandazione n. 17 Ministero Salute sulla riconciliazione farmacologica. • Implementazione della Raccomandazione n. 18 Ministero Salute sull'uso di sigle e acronimi. • Implementazione della Raccomandazione n. 19 Ministero Salute sulla manipolazione di forme orali solide.
ATTIVITA' 3 FR	<ul style="list-style-type: none"> • Attività di valutazione della cartella clinica come strumento di risk management : saranno esaminate cartelle cliniche dell'anno 2021 utilizzando una chek list ad hoc. A tale scopo si farà riferimento al Progetto Regionale <i>"La valutazione della Qualità della cartella clinica come strumento di Risk Management"</i>. Verranno analizzati i seguenti requisiti : completezza, precisione,aggiornamento, chiarezza, intelligibilità e tracciabilità con parametrizzazione dei risultati in scala 0/100 con sufficienza a 60.
ATTIVITA' 4 M	<ul style="list-style-type: none"> • Cadute : Piano di Prevenzione e Gestione delle Cadute. • Implementazione della Raccomandazione n. 13 Ministero Salute sulla prevenzione delle cadute.

<p>ATTIVITA' 5 M</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione procedure prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. • Implementazione della Raccomandazione n. 08 Ministero Salute sulla prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori. • Documento di indirizzo regionale sulla prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
<p>OBIETTIVO C)</p>	<p>Implementazione del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.</p>
<p>ATTIVITA' 1 M</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione delle procedure attraverso uno specifico Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del Documento predisposto dal CRRC nel 2021 "<i>Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani</i>", 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 di verifica delle procedure avviate. • Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit.
<p>OBIETTIVO D)</p>	<p>Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (infezioni da CRE).</p>
<p>ATTIVITA' 1 M</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementazione del sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani. • Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso dei disinfettanti. • Attività di verifica delle procedure avviate. • Fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo di audit.
<p>ATTIVITA' 2 M</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione degli Operatori sulle tematiche dell'uso degli antibiotici. • Monitoraggio del consumo di antibiotici e miglioramento della appropriatezza prescrittiva. • Sviluppo programmi di buon uso degli antibiotici attraverso l'individuazione di un referente esperto a supporto del CC-ICA, anche avvalendosi, ove necessario, delle strutture della rete delle malattie infettive regionali.
<p>ATTIVITA' 3 M</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione dell'efficacia del processo di pulizia e sanificazione degli ambienti e delle superfici.
<p>ATTIVITA' 4 M</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione efficacia procedura gestione della biancheria.
<p>ATTIVITA' 5 FR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA.

ATTIVITA' 6 FR	<ul style="list-style-type: none"> Definizione/Implementazione/Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE.
ATTIVITA' 7 FR	<ul style="list-style-type: none"> Definizione/Implementazione/Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert.
ATTIVITA' 8 FR	<ul style="list-style-type: none"> Elaborazione di report su : a) diffusione all'interno della Struttura delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento; b) mappe di famacoresistenza, integrato con i dati di consumi di farmaci antifettivi e dei relativi costi sostenuti.
OBIETTIVO E)	Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture.
ATTIVITA' 1 FR	<ul style="list-style-type: none"> Svolgimento di audit reattivi o proattivi su eventi, processi o esiti. Attività del Tavolo permanente istituito per la Sicurezza aziendale, coordinato dal Responsabile sanitario.
OBIETTIVO F)	Garantire la partecipazione alle attività in tema di Rischio Sanitario
ATTIVITA' 1 M	<ul style="list-style-type: none"> La Direzione aziendale assicurerà la partecipazione a incontri, corsi, seminari, convegni, tavoli regionali, sul Rischio Sanitario, anche i video conferenza. Recepimento delle Linee di indirizzo regionale in materia di Rischio Sanitario.
ATTIVITA' 2 M	<ul style="list-style-type: none"> Elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di Documenti regionali o nazionali sul Rischio Sanitario da diffondere a tutti gli operatori.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

13. ATTIVITA' E MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Le attività previste ed elencate per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti rispondono agli obiettivi relativi al Rischio Sanitario che la Regione Lazio ha definito

nel 2022 (Determinazione n. G00643 del 25.01.2022) nello specifico allegato “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.

Per ogni attività è definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere. In alcuni casi l’indicatore non potrà che essere del tipo SI/NO, mentre in altri sarà possibile costruire un rapporto e indicare una percentuale da raggiungere. Sono indicati standard realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

LE TABELLE SEGUENTI RIPORTANO IN SINTESI LE ATTIVITA’ PREVISTE NEL 2022 E LA MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

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

OBIETTIVO A)	Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.
---------------------	---

	ATTIVITA’ 1 Diffusione del PARS 2022 a tutti gli operatori sanitari. Indicatore : Invio a mezzo mail personale, presentazione in ogni Struttura a cura del Responsabile Sanitario, pubblicazione sul sito web aziendale. Standard = 100%			
--	--	--	--	--

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’	RISK MANAGER	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA	VERTICE AZIENDALE	STRUTTURA AMMINISTRATIVA
	C	C	R	C

	ATTIVITA’ 2 Monitoraggio del PARS 2022			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’	RISK MANAGER	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA	VERTICE AZIENDALE	
	R	C	C	



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. “LA GRANDE MONTAGNA” - S.R.T.R. e. “GNOSIS CASTELLUCCIA”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

	ATTIVITA’ 3 Riunione di equipe clinica settimanale. Obbligatoria per gli operatori che ne fanno parte. La riunione di equipe clinica settimanale sarà focalizzata anche sui fattori
--	--

	<p>di rischio associati alle ICA e avendo particolare riguardo all'infezione da SARS-CoV-2 , predisponendo i miglioramenti organizzativi eventualmente indicati come opportuni.</p> <p>Indicatore : Partecipazione alle riunioni. Standard ≥ 50 riunioni/anno.</p> <p>Partecipazione : Standard ≥ 70%</p>			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA	VERTICE AZIENDALE	PRESIDENTE CC-ICA
	C	R	C	C

	<p>ATTIVITA' 4</p> <p>Supervisione mensile dell'equipe clinica da docente esterno.</p> <p>Obbligatoria per gli operatori che ne fanno parte.</p> <p>Standard ≥ 10 riunioni/ anno</p>			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA	VERTICE AZIENDALE	PRESIDENTE CC-ICA
	C	C	R	C

	<p>ATTIVITA' 5</p> <p>Progettazione ed esecuzione del corso dal titolo "Comunicazione e lavoro di gruppo per la prevenzione dei rischi".</p> <p>Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari.</p> <p>INDICATORE : Esecuzione del corso entro il 31/12/2022.</p> <p>Partecipazione al Corso : Standard ≥ 75%</p>			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	CC-ICA	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	UFFICIO FORMAZIONE CORPO DOCENTE
Progettazione del Corso	C	R	C	C
Eventuale accreditamento del Corso	I	C	R	I
Organizzazione del Corso	C	C	C	R
Esecuzione del corso	C	C	C	R
Documentazione evento	I	I	I	R



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

	<p>ATTIVITA' 6</p> <p>Progettazione ed esecuzione del corso dal titolo "Monitoraggio e Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza", entro il 31.12.2022.</p>			
--	--	--	--	--

	Obbligatorio per tutti gli operatori sanitari. INDICATORE : Esecuzione del corso entro il 31/12/2022. Partecipazione al Corso : Standard \geq 75%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	CC-ICA	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	UFFICIO FORMAZIONE CORPO DOCENTE
Progettazione del Corso	C	R	C	C
Eventuale accreditamento del Corso	I	C	R	I
Organizzazione del Corso	C	C	C	R
Esecuzione del corso	C	C	C	R
Documentazione evento	I	I	I	R

	ATTIVITA' 7 Organizzazione di attività di informazione/formazione del personale medico e infermieristico sull'uso degli antibiotici. INDICATORE : Riunioni con frequenza trimestrale. Partecipazione: Standard \geq 75%			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER PRESIDENTE CC-ICA	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA	VERTICE AZIENDALE	UFFICIO FORMAZIONE CORPO DOCENTE
	R	C	C	C



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

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.
--	--

	<p>ATTIVITA' 1 Elaborazione/Revisione/Implementazione delle procedure e raccomandazioni per la prevenzione e il contenimento del contagio da SARS-CoV-2. Implementazione delle procedure per la sicurezza degli utenti e delle raccomandazioni Ministeriali. Attività di verifica sulle procedure avviate. Indicatore : Riunioni ≥ 4/anno Standard = Partecipazione ≥ 75%</p>
--	--

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA	VERTICE AZIENDALE	CC-ICA MEDICO DEL LAVORO RSPP RESPONS. PERSONALE	OPERATORI SANITARI
STESURA/IMPLEMENTAZIONE DELLE PROCEDURE	R	C	C	C
VALIDAZIONE DELLE PROCEDURE	R	C	C	I
APPROVAZIONE DELLE PROCEDURE	I	R	I	I
INFORMAZIONE FORMAZIONE	C	R	C	C
VERIFICA APPLICAZIONE	R	C	C	C



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

	<p>ATTIVITA' 2 Programma farmaci (gestione archivio, segnalazione farmaci in scadenza, ecc.). Procedura gestione farmaci in paziente sbagliato; errata procedura gestione</p>
--	--

	farmaci su paziente corretto. INDICATORE : Numero di utenti/pazienti da verificare. Standard per singola verifica ≥ 05			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA	PERSONALE SANITARIO
PROGETTAZIONE PROGRAMMA	R	C	C	C
ESECUZIONE	R	C	C	C
REPORT	C	C	R	I

	ATTIVITA' 3 Programma di valutazione della qualità della cartella clinica come strumento di risk management. INDICATORE : Numero di cartelle verificate. Standard ≥ 10 Valutazione qualità : sufficienza ≥ 60			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA	PERSONALE SANITARIO
PROGETTAZIONE PROGRAMMA	R	C	C	C
ESECUZIONE	R	C	C	C
REPORT	C	C	R	I



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

	ATTIVITA' 4 Prevenzione di atti di violenza a danno degli operatori sanitari mediante l' apposito gruppo di lavoro. INDICATORE : SI			
--	--	--	--	--

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	RESPONSABILE GRUPPO DI LAVORO	GRUPPO
CONVOCAZIONE DEL GRUPPO	I	I	R	I
PARTECIPAZIONE AI LAVORI	C	C	C	R
REPORT	I	I	R	I

OBIETTIVO C)	Implementazione del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani.
---------------------	--

	<p>ATTIVITA' 1</p> <p>Implementazione delle procedure attraverso uno specifico Piano di Azione Locale che, sulla base dei contenuti del Documento predisposto dal CCRC nel 2021 "Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani", 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.</p> <p>INDICATORE : SI</p>
--	---

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	PRESIDENTE CC-ICA	VERTICE AZIENDALE	CC-ICA	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA
PROGETTAZIONE PROGRAMMA	C	C	R	C
ESECUZIONE PROGRAMMA	R	C	C	C
VERIFICHE PROGRAMMA	R	I	C	C
REPORT	R	I	C	C



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

OBIETTIVO D)	Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA, incluse quelle da infezioni da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (infezioni da CRE).
---------------------	---

<p>ATTIVITA' 1 Monitoraggio epidemiologico sulle ICA INDICATORE : Il CC-ICA approverà uno schema di massima per la conduzione delle indagini epidemiologiche interne. Riunioni del personale medico e infermieristico trimestrali Standard ≥ 4/anno.</p>				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	PRESIDENTE CC-ICA	VERTICE AZIENDALE	CC-ICA	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA
CREAZIONE SCHEMA	R	C	C	C
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	C

<p>ATTIVITA' 2 Monitoraggio del consumo di soluzioni disinfettanti idroalcoliche. INDICATORE : Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso dei disinfettanti. Standard ≥ 3/anno Monitoraggio acquisti : Standard ≥ 2 anno</p>				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	PRESIDENTE CC-ICA	VERTICE AZIENDALE	CC-ICA	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	C



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

<p>ATTIVITA' 3 Monitoraggio del consumo di antibiotici e miglioramento della appropriatezza prescrittiva. INDICATORE : Riunioni del personale medico e infermieristico sull'uso degli atibiotici Standard ≥ 3/anno Monitoraggio cartelle cliniche - Standard ≥10/ anno</p>				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	PRESIDENTE CC-ICA	VERTICE AZIENDALE	CC-ICA	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA

MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	I	C	C
--------------------------	---	---	---	---

	ATTIVITA' 4 Sviluppo di un programma sul buon uso degli antibiotici. INDICATORE : SI			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER PRESIDENTE CC-ICA	VERTICE AZIENDALE	CC-ICA	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA
PROGETTAZIONE PROGRAMMA	C	C	R	C
ESECUZIONE PROGRAMMA	C	C	R	C
VERIFICHE PROGRAMMA	R	I	C	C

	ATTIVITA' 5 Pulizia e sanificazione ambienti. Valutazione dell'efficacia del processo di pulizia e sanificazione degli ambienti e delle superfici. Valutazione dei prodotti impiegati. INDICATORE : Verifiche ed ispezioni mensili Standard \geq 12/anno			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER PRESIDENTE CC-ICA	VERTICE AZIENDALE	CC-ICA	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	C



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

	ATTIVITA' 5 Procedura gestione biancheria. Valutazione efficacia procedura gestione della biancheria. Valutazione dei mezzi impiegati. INDICATORE : Verifiche ed ispezioni mensili Standard \geq 12/anno			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER PRESIDENTE CC-ICA	VERTICE AZIENDALE	CC-ICA	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	C

VERIFICHE			
-----------	--	--	--

OBIETTIVO E)	Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e delle strutture.
---------------------	--

	<p>ATTIVITA' 1 Informazione e sensibilizzazione degli utenti/pazienti e del personale. In fase di ingresso nella Struttura l'utente verrà informato sulla necessità di tenere una condotta improntata alla prevenzione delle infezioni, richiedendo, in particolare, frequenti lavaggi delle mani con l'impiego di appositi saponi e gel idroalcolico messi a disposizione dall'azienda. Si procederà sulla linea tenuta nel corso del 2020 e 2021 per le informazioni sul corretto uso dei DPI. Sensibilizzazione di tutto il personale sul lavaggio frequente delle mani. Installazione di ulteriori dispositivi di erogazione di gel idroalcolici per utenti, personale e visitatori. INDICATORE : Partecipazione Standard ≥ 80%</p>			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER PRESIDENTE CC-ICA	VERICE AZIENDALE	CC-ICA	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA
MONITORAGGIO E VERIFICHE	R	C	C	C



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

	<p>ATTIVITA' 2 Rilevazione della qualità percepita dagli ospiti/pazienti. INDICATORE : Numero di pazienti/parenti da intervistare. Standard ≥ 20 anno</p>		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERICE AZIENDALE	PERSONALE SANITARIO
MONITORAGGIO E VERIFICHE	C	R	C
ANALISI	R	C	C
CORRETTIVI	R	R	C

OBIETTIVO F)	Garantire la partecipazione alle attività in tema di Rischio Sanitario
---------------------	---

	<p>ATTIVITA' 1 Assicurare la partecipazione alle attività regionali sul Rischio Sanitario e alle attività dei gruppi di studio e/o approfondimento regionali, anche in video conferenza. Recepimento delle Linee di Indirizzo Regionale in materia di Rischio Sanitario. L'Azienda conferma la volontà di aderire a tutte le attività regionali e di favorire l'aggiornamento professionale mirato alla applicazione pratica e alla soluzione dei problemi. INDICATORE : Numero eventi Standard ≥ 1</p>
--	--

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	RISK MANAGER	VERTICE AZIENDALE	RESPONSABILI SANITARI DI STRUTTURA	
PERMESSI	-	R		
PARTECIPAZIONE AI LAVORI	R	I	C	



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

14. DIFFUSIONE DEL PARS. COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE

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

- ▶ La presentazione al Consiglio di Amministrazione.
- ▶ La pubblicazione del PARS sul sito internet aziendale.
- ▶ Lo svolgimento di incontri presso le Strutture Operative promossi dal Risk Manager per far conoscere gli obiettivi del Piano e le relative modalità attuative di competenza di ciascuno.

▶ Riunioni di equipe clinica per aspetti relativi alle problematiche delle diverse categorie di operatori delle Strutture.

▶ Svolgimento di corsi di formazione diretti al personale.

Il coinvolgimento del personale rispetto ai problemi della sicurezza è effettuato in modo sistematico ed avviene sin dalla costruzione del sistema di gestione del Rischio Sanitario e, successivamente, in tutte le fasi di identificazione dei rischi e di analisi di near misses, eventi sentinella ed eventi avversi; riguarda, quindi, il sistema nel suo complesso e l'analisi e la gestione dei singoli eventi. Viene reso più efficace dalla creazione e dal sostegno di una cultura condivisa del Rischio Sanitario, quindi la presenza di un linguaggio comune è pre-requisito indispensabile e la formazione è uno strumento fondamentale. Quest'ultima :

- ❑ è mirata agli specifici bisogni formativi;
- ❑ è costruita con riferimento al contesto storico, culturale (valori, priorità, rapporti), ed operativo (utilizzo di esempi concreti, applicazioni reali);
- ❑ prevede l'applicazione nella pratica quotidiana di quanto acquisito con successiva revisione;
- ❑ è continuativa, ossia prevedere avanzamenti e richiami, al fine di rinforzare l'apprendimento.

Il coinvolgimento del personale è previsto almeno nelle seguenti attività :

- ❑ costruzione, revisione, implementazione di Linee Guida;
- ❑ progetti di miglioramento;
- ❑ costruzione di materiale informativo e di educazione per il personale e gli utenti/pazienti;
- ❑ effettuazione delle scelte : organizzative, delle attrezzature, delle tecnologie, della formazione;



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

- ❑ audit ed altre attività connesse alla valutazione ed al miglioramento.

Le metodologie per la partecipazione attiva del personale includono la raccolta di opinioni e pareri, problemi percepiti dal personale per quanto riguarda la sicurezza attraverso questionari; cassetta dei suggerimenti; riunioni, anche nella forma dell'assemblea.



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. "LA GRANDE MONTAGNA" - S.R.T.R. e. "GNOSIS CASTELLUCCIA"

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

15. RIFERIMENTI NORMATIVI, SITOGRAFIA

NAZIONALI

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e s.m.i. ”*;
- Legge 8 marzo 2017 n. 24 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*.

- 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”*;
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Decreto 11 dicembre 2009 – *“Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità (SIMES)”*;
- Decreto del Ministero della Salute dell'11 dicembre 2009 *“Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)”*.
- 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 L. 5 giugno 2003, n° 131;

REGIONALI

- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante *“Istituzione del Centro Regionale per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente con la denominazione di “Centro Regionale Rischio Clinico” ai sensi della L. 24/2017;*



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. “LA GRANDE MONTAGNA” - S.R.T.R. e. “GNOSIS CASTELLUCCIA”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

- Decreto del Commissario ad Acta n. U00400 del 29 ottobre 2018 recante *“Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”*;
- Decreto del Commissario ad Acta n. U00517 del 24 dicembre 2019, recante *“Rinnovo mandato Centro Regionale Rischio Clinico e Integrazione componenti”*;

- Decreto del Commissario ad Acta n. U0008 del 10 febbraio 2011 e s.m.i. recante *“Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie”*;
- Determinazione n. G00163 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)”*;
- Determinazione n° G00164 dell’11 gennaio 2019 - Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Regione Lazio - *“Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”*;
- 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”*;
- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali - Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12355 - Approvazione *“Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”*;
- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016 n. G12356 Approvazione del *“Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”*;
- Regione Lazio – Decreto del Commissario ad acta (Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) n. U00490 del 21.10.2015 – Recepimento dell’Intesa, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. “LA GRANDE MONTAGNA” - S.R.T.R. e. “GNOSIS CASTELLUCCIA”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

autonome in materia di adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie.

- Decreto del Commissario ad Acta del 22 febbraio 2017 n. U0052 avente ad oggetto Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di

rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato *“Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”*;

□ Regione Lazio Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015 n. U 00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018. Progetto 7.3, *“Contenimento delle Infezioni Correlate all’Assistenza e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”*;

□ Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all’assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U0388434 del 22.07.2016;

□ 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”*;

□ DCA n. 490 del 21.10.2015 : Adempimenti relativi all’accreditamento delle strutture sanitarie.

□ Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella del 6 luglio 2021.

□ Decreto del Commissario ad acta della Regione Lazio 6 luglio 2015 n. U 00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014 - 2018. Progetto 7.3, *“Contenimento delle Infezioni Correlate all’Assistenza e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”*.

□ DCA n. 00563 del 24.11.2015 con il quale è stato istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni correlate all’assistenza (ICA) per la elaborazione delle Linee di indirizzo per la stesura dei Piani attuativi per i CC-ICA della Regione Lazio.

□ *Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.*



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. “LA GRANDE MONTAGNA” - S.R.T.R. e. “GNOSIS CASTELLUCCIA”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

□ *Circolare Regione Lazio 15.10.2020 - “Comunicazioni relative all’ elaborazione del PAICA 2021”*.

□ *Circolare Regione Lazio prot.391183 del 30.04.2020 “Emergenza Covid - Azioni di Fase IV”*.

- *Circolare Regione Lazio 15.10.2020 - “Comunicazioni relative all’ elaborazione del PAICA 2021”.*
- *DCA U0008 del 10/02/2011 "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie".*
- *DCA n. 490/2015 : adempimenti delle strutture sanitarie relativi all’accreditamento.*
- *CRRC – “Piano di intervento regionale sull’igiene delle mani” del 19.02.2021.*

SITOGRAFIA

- Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure.

<http://www.salute.gov.it/portale/temi/>

- Regione Lazio. Rischio Clinico.

<http://www.regione.lazio.it/t/rlsanità>

- AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente.

<http://www.agenas.it/aree-tematiche>



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

S.R.T.R. e. “LA GRANDE MONTAGNA” - S.R.T.R. e. “GNOSIS CASTELLUCCIA”

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – 2022

ALLEGATI

- **DELIBERAZIONE** del CdA di approvazione del PARM del 24 febbraio 2022
- **MODULO DI SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA**

**Il presente PARM è pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente
con la Delibera di approvazione ed adozione.**



GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

DIREZIONE E SEDE LEGALE : 00047 Marino (Roma) - Loc. Castelluccia - Via Boville n. 1
Tel. 06.89095257 – Fax 06.89095256 segreteria@gnosispsichiatria.it direzione@gnosispsichiatria.it

MODULO SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA (1)
Da consegnare alla Direzione Medica/Risk Manager
e in copia alla Direzione Aziendale

Segnalatore : _____

Collaboratore Paziente Nome e Cognome _____

Evento verificatosi in data _____ alle ore _____

Dove è successo : Uffici Infermeria Spazi comuni Camera Scale

Bagno Altro _____

Chi era presente : Solo Altri pazienti Familiari Personale sanitario

Altro _____

Descrizione dell'evento :

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI CADUTE DEL PAZIENTE

Motivo : Perdita di forza Perdita di equilibrio Perdita di conoscenza

Inciampato Ignoto Scivolato con pavimento asciutto Scivolato con

pavimento bagnato Altro : _____

Tipo di calzatura: Aperta Chiusa Senza calzatura

Terapia in atto : _____

Esito dell'evento : _____

E' successo altre volte? Mai Qualche volta Spesso

Quali sono i tuoi suggerimenti perché non si verifichi di novo? _____

Data di compilazione _____ Firma _____

(1)EVENTO SENTINELLA

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna :

a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiamo contribuito e

b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Di seguito l'elenco degli eventi indicati dal Ministero della Salute applicabili alla GNOSIS Cooperativa Sociale Onlus

- 2. Procedura in paziente sbagliato;**
- 3. Errata procedura su paziente corretto (es. esecuzione di una procedura diagnostica/terapeutica diversa da quella prescritta);**
- 3. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;**
- 4. Morte o grave danno per caduta di paziente;**
- 5. Suicidio o tentato suicidio di paziente nella struttura sanitaria;**
- 6. Violenza su paziente (commissiva o omissiva) da chiunque compiuta all'interno di strutture sanitarie;**
- 7. Atti di violenza a danno di operatore da parte di pazienti, loro parenti, accompagnatori, visitatori;**
- 8. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto;**
- 9. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente dovuto ad errore o livelli assistenziali inferiori rispetto agli standard previsti.**

LIBRO VERBALI CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE
VERBALE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DELLA
GNOSIS COOPERATIVA SOCIALE ONLUS

L'anno 2022, il giorno 24 del mese di febbraio, alle ore 12.00, presso la sede legale in Marino – Roma - via Boville n. 1, si è riunito il Consiglio di Amministrazione della Gnosis Cooperativa Sociale Onlus per deliberare sugli argomenti posti all'Ordine del Giorno, che qui di seguito si trascrivono.

Ordine del giorno:

1. Approvazione ed adozione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario 2022 – Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25 gennaio 2022 con allegato “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” - dei Presidi Sanitari denominati S.R.T.R.e. “La Grande Montagna” e S.R.T.R.e. “Gnosis Castelluccia” gestiti dalla Gnosis Cooperativa Sociale Onlus;
2. Approvazione ed adozione del Programma di Prevenzione e Gestione degli atti di Violenza a danno degli operatori sanitari – Revisione 2002 - Recepimento della Raccomandazione 8/2007 del Ministero della Salute “Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” e del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari” del CRRC Lazio – Revisione del 6 settembre 2021;
3. Nomina Membri dell’Organismo di Vigilanza collegiale dotato di autonomi poteri di iniziativa e di controllo ai sensi dell’art. 6 del Decreto Legislativo 231 del 2001 e s.m.i;
4. restituzione Capitale Sociale di due soci ordinari;
5. Varie ed eventuali.

Sono intervenuti gli amministratori Dott.ssa Angela D’Agostino Presidente del Consiglio di Amministrazione, Dott.ssa Francesca Margheriti Vice Presidente e la Dott.ssa Elisabetta Antonelli Consigliere; assenti giustificati i membri del Collegio Sindacale.

Prende la parola il Presidente del Consiglio di Amministrazione, Dott.ssa Angela D’Agostino, la quale dà atto che la riunione è validamente costituita e atta a deliberare in quanto sono presenti tutti i membri del Consiglio di Amministrazione e chiama a fungere da Segretario il Dr. Arturo Daniele.

Il Presidente introduce il primo punto all'Ordine del Giorno e presenta al CdA il PARS 2022 predisposto dal Risk Manager Dott. PIERLUIGI SCARCIGLIA sulla base di quanto disposto dalla Legge 24/2017 e dalla Determinazione regionale di cui sopra, nonché la necessità di trasmettere tale documento ai competenti uffici della Regione Lazio. previa sua lettura, analisi ed approvazione.

Il Consiglio di Amministrazione, dopo ampia ed approfondita discussione, visionata la documentazione presentata dal Presidente e avuti da questo tutti i chiarimenti richiesti, dato atto che:

- con Deliberazione del CdA del 9 dicembre 2019 è stato nominato il nuovo Risk Manager nella persona del Dott. Pierluigi Scarciglia per i presidi sanitari S.R.T.R.e. “La Grande Montagna, S.R.T.R.e. “Gnosis Castelluccia” e S.R.S.R.H24 “Gnosis”;
- considerato che la sicurezza del paziente costituisce la base per una buona assistenza sanitaria e un principio fondamentale del diritto alla salute perseguito dall’ente;

LIBRO VERBALI CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

- considerato che l'adempimento in questione è presupposto per l'autorizzazione e accreditamento delle Strutture Gnosis;

alla unanimità, DELIBERA

1. di approvare ed adottare il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2022 delle Strutture S.R.T.R.e. "La Grande Montagna, S.R.T.R.e. "Gnosis Castelluccia", S.R.S.R.H24 "Gnosis". che si allega alla presente sotto le lettere A), tenuto conto che il Piano sarà oggetto di periodica revisione e sarà resa accessibile e consultabile a tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul sito internet aziendale nonché in formato cartaceo presso ogni Struttura e mediante corsi di formazione.

Si passa ad esaminare il secondo punto all'ordine del giorno.

La Dott.ssa D'Agostino illustra ai presenti il *"Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"* del Centro Regionale Rischio Clinico del 06 settembre 2021, che ha reso necessaria la seconda revisione del Programma di Prevenzione e Gestione degli atti di violenza a danno degli Operatori Sanitari della Gnosis Cooperativa Sociale Onlus, predisposta dal Gruppo di Lavoro Aziendale e verificata dai Responsabili Sanitari delle Strutture.

Il Consiglio di Amministrazione, dopo ampia ed approfondita discussione, visionata la documentazione presentata dal Presidente e avuti da questo tutti i chiarimenti richiesti, dato atto che:

- con Deliberazione del CdA del 2019 è stato istituito il Gruppo di Lavoro Interdisciplinare per la elaborazione e la implementazione del "Programma di prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" per i presidi sanitari S.R.T.R.e. "La Grande Montagna, S.R.T.R.e. "Gnosis Castelluccia" e S.R.S.R.H24 "Gnosis";

- considerato che la sicurezza degli operatori sanitari costituisce la base per una buona assistenza sanitaria perseguito dall'ente;

- considerato che è necessario procedere alla approvazione della seconda revisione del Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari - 2022;

- tenuto conto che la Procedura sarà oggetto di periodica revisione e sarà resa accessibile e consultabile a tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul sito internet aziendale nonché in formato cartaceo presso ogni Struttura e mediante corsi di formazione;

- ritenuto, pertanto, necessario adottare la Seconda Revisione del Programma di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;

- considerato che l'adempimento in questione è presupposto per l'autorizzazione e accreditamento delle Strutture Gnosis;

alla unanimità, DELIBERA

1. di approvare ed adottare la Seconda Revisione della Procedura Aziendale del Recepimento della Raccomandazione 8 : "Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari" sulla base del *"Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari"* del CRRC Lazio – Revisione del 6 settembre 2021, che si allega sotto la lettera B);

2. di disporre che la procedura sia inserita nel Documento di Valutazione dei Rischi di cui al Decreto Legislativo n. 81/08 e s.m.i., senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito internet aziendale e, per ogni Struttura, anche in formato cartaceo;

LIBRO VERBALI CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

3. di dare mandato ai Responsabili Sanitari delle Strutture di presentare la Procedura di cui sopra ai Responsabili dei Settori Psicologi, Tecnici di Psicologia, Educatori Professionali, Assistenti Sociali, Settore Infermieristico, Operatori Socio Sanitari;

4. di dare mandato ai Responsabili di cui sopra, ognuno per il proprio settore, di esporre e presentare la Procedura a tutti i dipendenti ed operatori;

5. di dare mandato all'ufficio competente di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel sito internet aziendale nonché attraverso copie cartacee da consegnare ai Responsabili Sanitari.

Il Consiglio di Amministrazione delibera, inoltre, all'unanimità

a) di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo;

b. di pubblicare sul sito internet aziendale la presente delibera con allegato il PARS anno 2022 e il PPV anno 2022.

c. di dare pubblicità al presente atto.

Si passa ad esaminare il terzo punto all'ordine del giorno.

Prende la parola il Presidente, il quale illustra ai presenti che, con riferimento agli adempimenti previsti dal D. Lgs. 231/2001, la Gnosis Cooperativa Sociale Onlus, dal 2014, ha predisposto quanto necessario per il rispetto della normativa tra i quali rientra la costituzione e il funzionamento dell'Organismo di Vigilanza.

Informa, inoltre, i presenti che in base all'art. 6 del D. Lgs. 231/2001 il Consiglio di Amministrazione ha il compito di istituire, all'interno dell'Organigramma aziendale, l'Organismo di Vigilanza (OdV) i cui membri devono essere rinnovati per scadenza del mandato, che a tal fine è stata esperita una procedura per la individuazione dei nuovi membri, che si rende necessario determinare il rispettivo compenso dei nuovi membri dell'OdV.

Il Presidente propone, pertanto:

a) di nominare, quali membri dell'OdV, per il prossimo triennio, i soggetti individuati all'esito dalla procedura di selezione e, precisamente, il Dott. ANTONIO FRANCESCO CIRIELLO, nato a Carinola il 04.10.1956, C.F. CRLNNF56R04B781W, il Dott. ARTURO DANIELE, nato a Foggia il 23.10.1960 C.F. DNLRTR60R23D643D, il Dott. STEFANO DURANTE, nato a Roma l'8.9.1969 C.F. DRNSFN69PQ8H501Y

b) di nominare Presidente dell'OdV il Dott. Antonio Francesco Ciriello;

c) di nominare il Dott. Arturo Daniele quale Vice Presidente.

d) di attribuire al nuovo OdV tutti i compiti ed i poteri di cui al D. Lgs. 231/2001 e s.m.i.

Il Consiglio di Amministrazione, dopo approfondita discussione, DELIBERA all'unanimità:

1. di accogliere la proposta del Presidente e di nominare il Dott. ANTONIO FRANCESCO CIRIELLO, il Dott. ARTURO DANIELE e il Dott. STEFANO DURANTE quali membri dell'OdV.

2. Di nominare Presidente dell'OdV il Dott. Antonio Francesco Ciriello;

3. Di nominare il Dott. Arturo Daniele quale Vice Presidente.

4. Di dare mandato alla Dott.ssa Angela D'Agostino di determinare il compenso del Presidente, del Vice Presidente e del Componente dell'OdV.

Al presente verbale sarà allegata la relativa dichiarazione di accettazione dell'incarico da parte dell'OdV e relativa dichiarazione di non trovarsi in condizioni di ineleggibilità alla carica da rivestire, di accettazione della nomina e di impegnarsi a svolgere il compito in autonomia e secondo norma.

Si passa ad esaminare il quarto punto all'ordine del giorno.

LIBRO VERBALI CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Il Presidente comunica che sono pervenute le seguenti 2 richieste di parziale restituzione del capitale sociale:

Paola Pucci per euro 2.623,66

Eliana Paolino per euro 1311,41

Il Presidente mostra le due citate lettere, ne dà lettura e dispone la messa agli atti chiedendo ai presenti di deliberare in merito.

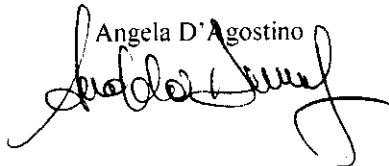
Il Consiglio di Amministrazione all'unanimità DELIBERA:

di accogliere le richieste di parziale restituzione del capitale sociale dei soci Paola Pucci per euro 2.623,66, pari a 5,25 quote ed Eliana Paolino per euro 1.311,41, pari a 2,62 quote, e di procedere alla restituzione delle suddette quote di Capitale Sociale;

Alle ore 13,30 null'altro essendovi da deliberare e nessuno altro richiedendo la parola il Presidente dichiara chiusa la riunione dopo lettura ed approvazione del presente verbale.

Il Presidente

Angela D'Agostino



Il Segretario

Arturo Daniele

