



**ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"**  
**PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI**

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

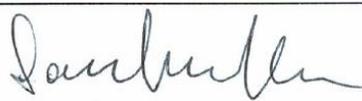
Medaglia d'oro della Scuola, della Cultura e dell'Arte D.P.R. 02/06/1954

Medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica D.P.R. 8/12/2007

Sistema Gestione Qualità: Norma ISO 9001:2015 - Certificato IMQ/CSQ - N° Certif. 9122.LVAC

Prot. 201/2024

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE  
DEL RISCHIO SANITARIO  
(PARS)  
2024  
ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"**

|                                       |                                      | Data approvazione | Firma                                                                                 |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Redatto<br>RQ                         | Dott.ssa Anna Maria<br>Ciotta        | 29.02.2024        |  |
| Verificato<br>Risk Manager            | Dott.ssa Veronica<br>Vernocchi       | 29.02.2024        |  |
| Approvato<br>Legale<br>Rappresentante | Prof.ssa Saveria Dandini<br>de Sylva | 29.02.2024        |  |

00195 Roma - Viale Angelico, 22 - Tel. 06/37.59.301 R.A.

[info@leonardavaccari.it](mailto:info@leonardavaccari.it) - [istitutovaccari@legalmail.it](mailto:istitutovaccari@legalmail.it) - [www.leonardavaccari.it](http://www.leonardavaccari.it) -

C.F. 02516250582 – P. IVA 13311811007



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

## Sommario

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Premessa</b> .....                                                                | 3  |
| <b>LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</b> .....                                         | 4  |
| <b>1. Contesto Organizzativo</b> .....                                               | 11 |
| <b>2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati</b> ..... | 14 |
| <b>3. Descrizione della posizione assicurativa</b> .....                             | 15 |
| <b>4. Resoconto delle attività del piano precedente</b> .....                        | 16 |
| <b>5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b> .....                                         | 18 |
| <b>6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ</b> .....                                                 | 18 |
| <b>7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b> .....           | 23 |
| <b>8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO</b> .....                                 | 25 |
| <b>9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI</b> .....                     | 25 |



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

#### Premessa

Con la **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” il nostro Paese dispone di un impianto normativo avanzato e coerente con gli standard internazionali in tema di Sicurezza dei pazienti.

La legge n° 24 del 2017 pone l’attenzione sui seguenti aspetti:

- **sicurezza delle cure** come parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell’interesse dell’individuo e della collettività mediante l’insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione di prestazioni sanitarie e l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.
- **le attività di prevenzione del rischio** messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

In questo ambito va considerata l’**importanza del rischio clinico**, l’insieme di varie azioni complesse messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull’apprendere dall’errore. Solo una gestione integrata del rischio può determinare cambiamenti nella pratica clinica (Ministero della Salute).

Gli ambiti del rischio nelle organizzazioni sanitarie sono riconducibili:

- **alla sicurezza del paziente;**
- **alla sicurezza del personale;**
- **alle emergenze esterne;**
- **alla sicurezza degli ambienti e attrezzature;**
- **ai rischi finanziari per danni alle persone.**

La funzione, quindi, della gestione del rischio clinico è sostanzialmente quella di fornire all’organizzazione, e dunque a tutti gli operatori, le informazioni necessarie per “**apprendere dagli errori**” ovvero dagli eventi avversi prevenibili e dai cosiddetti “quasi eventi” o near-miss. L’errore, o l’evento avverso prevenibile, devono pertanto divenire una preziosa occasione di miglioramento per l’organizzazione che, a tale scopo, deve prioritariamente predisporre ed implementare strumenti finalizzati alla identificazione qualitativa/quantitativa dei rischi e di specifiche criticità.

#### **Significato di 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 (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

contenere le conseguenze dell’evento potenzialmente dannoso (fattore K)” (*Fonte: Ministero della Salute*).

#### LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Ha lo scopo di contenere e/o evitare gli eventi avversi attraverso l’identificazione, la valutazione e il trattamento dei rischi attuali e potenziali connessi all’insieme delle attività svolte all’interno della struttura sanitaria.

L’obiettivo è di:

- **aumentare la sicurezza dei pazienti**, (oltre che degli altri attori, quali operatori sanitari e visitatori, che interagiscono con l’organizzazione sanitaria),
- **migliorare i risultati** e, indirettamente, ridurre i costi, contenendo gli eventi avversi prevenibili e, conseguentemente, il ricorso a contenziosi.

#### **Il rischio clinico comporta la segnalazione di:**

- **Evento** - Accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.
- **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 evitato (Near Miss o Close Call)** - Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.
- **Evento sentinella (Sentinel Event)** - 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 sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell’organizzazione si renda opportuna un’indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e l’implementazione delle adeguate misure correttive.

#### **La segnalazione dell’evento da parte dell’operatore:**

- Favorisce lo sviluppo di una cultura della sicurezza;
- Aiuta a costruire - profili di rischio - locali e nazionali;
- Supporta l’apprendimento e lo sviluppo di soluzioni attraverso l’identificazione delle cause profonde degli errori;
- Aiuta a utilizzare in maniera razionale risorse preziose;
- Migliora la fiducia del paziente e dei cittadini nel SSN.



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

#### **L’efficacia di un sistema di Incident Reporting (raccolta delle segnalazioni)**

Il Ministero della Salute definisce l’Incidente Reporting come una modalità di raccolta delle segnalazioni di eventi avversi, errori, *near miss*, rischi e condizioni non sicure, effettuata volontariamente od obbligatoriamente dagli operatori, con le seguenti caratteristiche:

- non punitivo, chi segnala non è oggetto di ritorsioni o punizioni, come risultato della propria segnalazione;
- confidenziale, l’identità del paziente, di chi segnala e delle istituzioni coinvolte non è mai rivelata a terzi;
- indipendente, il sistema non dipende da alcuna autorità con potere di punire chi segnala o l’organizzazione coinvolta nell’evento;
- analizzata da esperti, le segnalazioni sono valutate da esperti in grado di capire le circostanze e formati per riconoscere le cause sistemiche sottostanti;
- tempestiva, le segnalazioni sono analizzate tempestivamente e le raccomandazioni sono diffuse rapidamente tra gli interessati, specialmente nel caso di eventi gravi;
- orientata al sistema, fornisce informazioni al fine di produrre raccomandazioni per il cambiamento nei sistemi, nei processi o nei prodotti;
- rispondente, chi raccoglie le segnalazioni deve essere in grado di diffondere le raccomandazioni e promuovere l’applicazione nell’organizzazione.

#### **Ambito di applicazione**

La frase di G.M. Hopper “abbiamo sempre fatto così”, nasconde un pericoloso modo di lavorare. In tutti i sistemi complessi, ma soprattutto in quello sanitario, l’incidente /errore può verificarsi per l’insieme di molteplici fattori, che entrando in relazione tra di loro , causano un incidente.

Gli errori possono essere attivi, collegati quindi all’errore umano, oppure latenti, che rispondono ad un errore nel processo. Gli errori attivi sono facilmente identificabili, mentre quelli latenti sono riconducibili ad una scarsa organizzazione/gestione del processo.

#### **COME AVVIARE LA CULTURA DELLA SICUREZZA**

- Monitorando ed avviando l’analisi degli eventi avversi;
- elaborando e condividendo le raccomandazioni e linee guida per la sicurezza
- Migliorando la gestione del personale,
- definendo in modo chiaro le responsabilità
- Favorendo lo scambio di informazioni,
- promuovendo l’aggiornamento del personale.



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

Il presente Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) ha l’obiettivo di presentare l’insieme delle azioni messe in atto dall’Istituto “Leonarda Vaccari” per identificare e gestire il rischio sanitario, migliorando la qualità delle prestazioni sanitarie e garantendo la sicurezza delle cure, della persona assistita e degli operatori in ottemperanza a quanto definito all’interno della legge 24/2017, che ha posto l’efficienza organizzativa come condizione necessaria per un’adeguata gestione del rischio sanitario.

### La valutazione del Rischio Sanitario

Il primo passo da fare nell’ambito della gestione del rischio è il coinvolgimento attivo di tutto il personale sanitario che opera a diretto contatto con i pazienti; ciò significa:

- la valorizzazione delle loro esperienze e competenze,
- la revisione condivisa dei processi di lavoro,
- l’individuazione delle criticità,
- l’implementazione delle azioni di miglioramento.

Segue la fase di monitoraggio per la verifica costante dell’idoneità delle singole misure adottate per il trattamento del rischio.

- il **monitoraggio sull’attuazione** delle misure di trattamento del rischio;
- il **monitoraggio sull’idoneità** delle misure di trattamento del rischio.

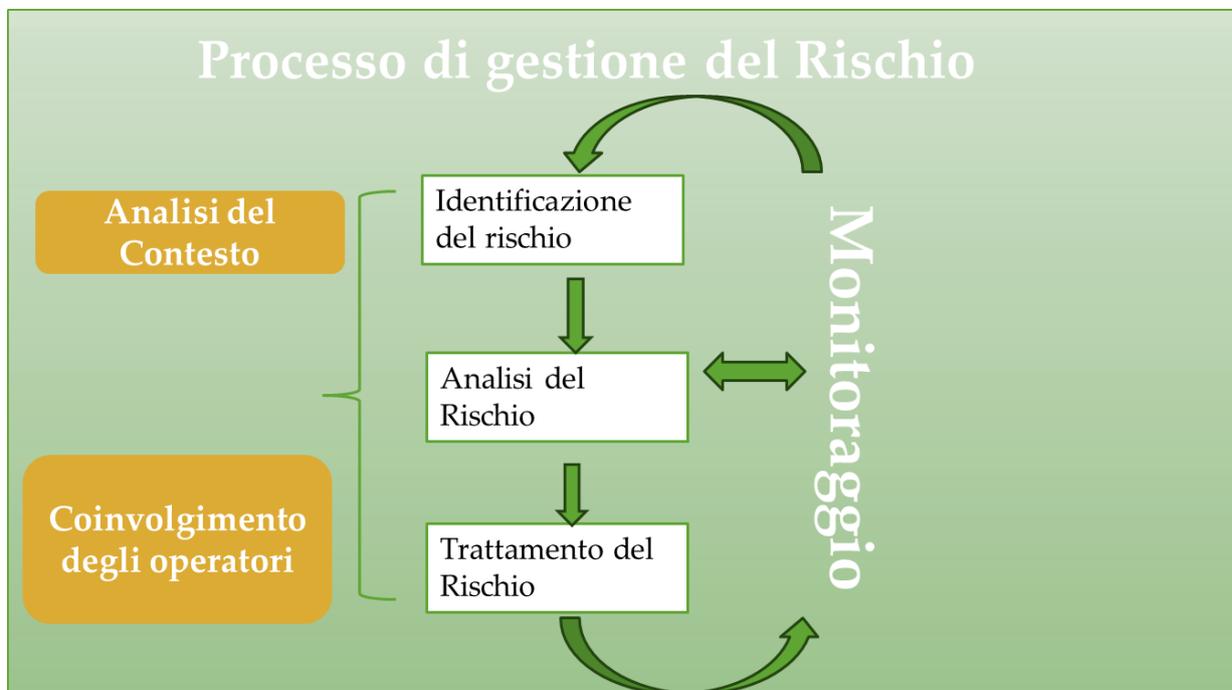
I risultati dell’attività di monitoraggio sono utilizzati per verificare l’efficienza delle misure adottate nell’ambito della “Gestione del rischio”.



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032



#### ATTUAZIONE DELLE MISURE: PUNTI DI FORZA

Il monitoraggio è uno step importante nell'ambito del controllo corretta e continua attuazione delle misure definite per ciascun rischio.

La periodicità del monitoraggio è in relazione al livello di rischio, maggiore è il rischio di accadimento, maggiore sarà la frequenza degli audit.

L'attuazione delle misure ha richiesto il consolidamento di attività trasversali:

- Attività di **coinvolgimento appropriato e tempestivo** del personale coinvolto, dei responsabili e dei coordinatori del servizio e la supervisione della Direzione attinente al rischio preso in esame. Il coinvolgimento è orientato ad affermare il principio della responsabilità diffusa.
- Attività di **comunicazione costante e continua** (interna, servizi ed esterna associazione delle famiglie) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

Il modello su cui si è lavorato è un modello integrato di comportamenti individuali ed organizzativi basati su convinzioni e valori condivisi volti a promuovere la sicurezza dei pazienti e dei lavoratori.



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

I fondamenti sono:

- conoscenza dei rischi delle attività;
- ambiente che favorisca la segnalazione degli errori da parte degli operatori, senza timore di biasimo e punizioni;
- collaborazione a tutti i livelli, per cercare soluzioni alle vulnerabilità
- impegno dell'intera organizzazione, a partire dalla direzione, ad investire risorse nella sicurezza.

#### **Fattori facilitanti il controllo del rischio:**

- la **promozione di una cultura della sicurezza** in ciascun servizio,
- la **competenza dei responsabili dei servizi e dei coordinatori**, laddove questa figura è prevista. I responsabili dei servizi conoscono perfettamente all'interno del proprio servizio i fattori tecnici, organizzativi, ambientali ed umani che possono contribuire al verificarsi degli errori;
- l'**equità**, ossia la fiducia che pervade l'organizzazione e che incentiva gli operatori a segnalare i rischi e gli errori e li rende consapevoli di ciò che minaccia la sicurezza,
- la consapevolezza del personale e dei responsabili sull'importanza dell'accuratezza dei dati e sull'importanza di **premiare chi segnali gli errori** e i quasi errori.

Una sfida per il miglioramento del processo è **la promozione di una cultura della sicurezza** e la capacità di autoanalisi, che renda gli operatori sanitari predisposti a porre attenzione ai segnali deboli, alle anomalie, alle criticità, e alle procedure rischiose.

#### **Ciascun rischio è stato gestito attraverso l'attivazione del seguente sistema documentale, revisionato e condiviso:**

- Igiene delle mani Piano di intervento regionale 2021-23
- Prevenzione degli errori sulla somministrazione nella somministrazione della terapia farmacologica Raccomandazione n° 7
- All.13 Raccomandazioni per scongiurare il rischio somministrazione terapia
- All. 15 Scheda Riassuntiva errore trascrizione farmaci
- Scheda unica somministrazione terapia
- Scheda osservazione infermieristica
- Somministrazione farmaci 13.06.2019
- Procedura, elenco ministeriale check list di autovalutazione
- Racc. 12 Farmaci LASA
- Scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica Racc. 17 del 05.04.2023
- Scheda riassuntiva errori trascrizione farmaci



## **ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”**

### **PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI**

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

- Uso di sigle e acronimi Racc.18
- Manipolazione di forme orali solide Racc. 19
- Sicurezza della terapia farmacologica Racc. 7
- Procedura somministrazione dei farmaci 13.06.2019
- Raccomandazione esempi di comportamento a rischio da parte del personale sanitario del 20.10.2020
- All. 7 Piaghe da decubito e test di Braden
- Raccomandazioni per la prevenzione degli atti di violenza e prevenzione e trattamento disturbi comportamentali
- Manuale operativo igiene del paziente
- Procedura PEG
- Procedura Immobilizzazione
- Scheda Acuzie diarroiche
- Scheda Corretta idratazione
- Legge 131 del 2003
- Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori Det. Regionale 25 gen.22
- Prevenzione delle cadute Racc 13 + Piano Regionale 2016
- Consenso informato Det. Regionale 25 gen.22



## ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

| Prevenzione atti di violenza verso operatori                            | Cod | Vers. | Data     | Resp. Verifica       | Resp. Redaz. | Resp. Approv.       | Modifiche |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|-------|----------|----------------------|--------------|---------------------|-----------|
| <a href="#">Prevenzione atti di violenza verso operatore</a>            | NA  | Na    | 25.09.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Raccomandazioni per la prevenzione</a>                      | NA  | Na    | 25.09.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Scheda segnalazione aggressioni</a>                         | NA  | Na    | 25.09.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| Prevenzione e Gestione Caduta del paziente                              | Cod | Vers. | Data     | Resp. Verifica       | Resp. Redaz. | Resp. Approv.       | Modifiche |
| <a href="#">Prevenzione e gestione cadute paziente</a>                  | NA  | Na    | 29.01.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Scheda di valutazione cadute Conley</a>                     | NA  | Na    | 29.01.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Modulo rilevazione e denuncia delle cadute del paziente</a> | NA  | Na    | 29.01.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Scheda rilevazione evento sentinella</a>                    | NA  | Na    | 29.01.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Poster sintetico cadute</a>                                 | NA  | Na    | 29.01.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Check list sicurezza ambienti</a>                           | NA  | Na    | 29.01.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Modulo Consenso contenzione</a>                             | NA  | Na    | 18.09.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| LASA (Look-Alike/Sound-Alike)                                           | Cod | Vers. | Data     | Resp. Verifica       | Resp. Redaz. | Resp. Approv.       | Modifiche |
| <a href="#">Procedura gestione dei farmaci LASA</a>                     | NA  | Na    | 02.09.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Format elenco farmaci LASA</a>                              | NA  | Na    | 02.09.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Check list di autovalutazione "Farmaci LASA"</a>            | NA  | Na    | 02.09.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Elenco ministeriale farmaci LASA</a>                        | NA  | Na    | 02.09.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| Igiene Mani- Locandine                                                  | Cod | Vers. | Data     | Resp. Verifica       | Resp. Redaz. | Resp. Approv.       | Modifiche |
| <a href="#">Igiene nell'assistenza</a>                                  | NA  | Na    | 02.09.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Lavarsi le mani</a>                                         | NA  | Na    | 02.09.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |
| <a href="#">Locandina protezione dai virus influenzali</a>              | NA  | Na    | 02.09.19 | Servi. Riab. Globale | RAQ          | Direttore Sanitario |           |

## DESCRIZIONE DELL'EFFICACIA DELLE AZIONI ADOTTATE

L'Istituto "Leonarda Vaccari" ha cercato di porre attenzione alla sinergia tra obiettivi organizzativi e le peculiarità dei servizi e delle persone che vi lavorano.

In generale in tutti i processi, inseriti all'interno del documento MCR (matrice controllo dei rischi), si è cercato di:

- **Formulare obiettivi chiari e condivisi** con una maggiore attenzione alla raccolta e misurazione dei risultati attraverso momenti di audit ed analisi degli indicatori di processo.
- **Individuare nuove modalità gestionali** tese ad armonizzare gli aspetti amministrativi con quelli professionali, correggendo, dove possibile, i punti di debolezza di entrambe.
- **Attivare canali informativi** che consentano di misurare sistematicamente i risultati prodotti (esiti di salute e di soddisfazione degli utenti), e di metterli in rapporto con le modifiche organizzative introdotte.



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

#### 1. Contesto Organizzativo

L’Istituto “Leonarda Vaccari” dal 1936 si occupa dei problemi di bambini, adolescenti e adulti con disabilità fisiche e/o mentali.

È un Ente Morale senza fini di lucro, riconosciuto con Regio Decreto n. 2032 del 15 ottobre 1936 ed è Ente Pubblico Non Economico (Corte di Cassazione Sez. Un. n. 1299/84 - 2379/79 - 1128/57). È autorizzato a funzionare in base alle leggi del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

L’Istituto, infatti, provvede alla riabilitazione psico-fisica ed all’integrazione didattica e sociale dei disabili mediante le cure cliniche necessarie e le terapie riabilitative, l’istruzione fino al conseguimento dell’obbligo scolastico e successivamente la formazione professionale in laboratori attrezzati.

L’Istituto Leonarda Vaccari, risulta articolato in più servizi con ambienti dedicati ai diversi regimi:

- Residenziale
- Semi residenziale
- Ambulatoriale

I posti letto complessivi accreditati sono 28 (ventotto) e si suddividono in numero variabile tra regime residenziale di Mantenimento, con progetti di 180 gg rinnovabili alla scadenza e soggetti in regime Estensivo, preventivamente autorizzati dalla Asl, parte dei progetti sono in extra budget. Sono accreditati 84 in regime semiresidenziale e N°80 trattamenti/die in regime ambulatoriale. Vengono effettuate prestazioni ambulatoriali specialistiche sia per pazienti adulti che per minori.

**La Rappresentanza Legale** è affidata alla **Prof.ssa Saveria Dandini de Sylva**, Presidente dell’Istituto.

L’Istituto è amministrato da un Consiglio Direttivo nominato con Decreto del Ministero della Pubblica Istruzione e composto da 13 membri. Fanno parte del Consiglio: il Presidente, un rappresentante del Ministero dell’Interno, un rappresentante del Ministero della Pubblica Istruzione, un rappresentante del Ministero della Salute, un rappresentante della Regione Lazio, il rappresentante della pubblica istruzione, Ufficio Scolastico Regionale, quattro Soci benemeriti, il Direttore Sanitario dell’Istituto, un rappresentante dell’INPS, un rappresentante del Comune di Roma.



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

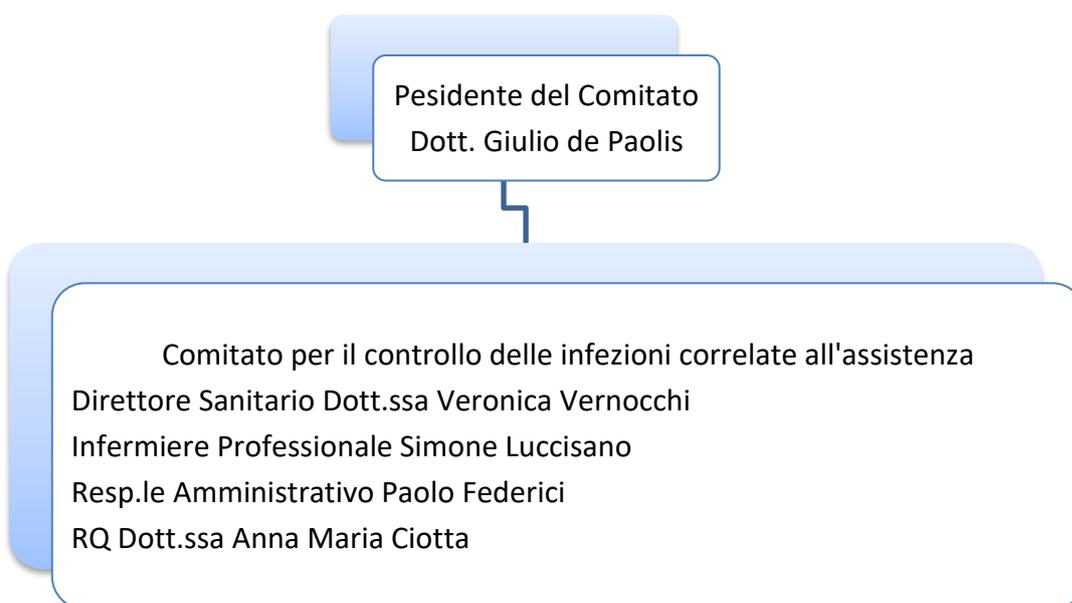
### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

In data 05 febbraio 2020 è stato costituito il CCICA – Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza, di seguito l’organigramma:

### **Organizzazione Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza**

In data 11 ottobre 2023 è stato nominato il nuovo presidente del CCICA – Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza, di seguito l’organigramma:





## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

La Posta elettronica certificata aziendale è: [istitutovaccari@legalmail.it](mailto:istitutovaccari@legalmail.it)

La mail di contatto è [direzione.sanitaria@leonardavaccari.it](mailto:direzione.sanitaria@leonardavaccari.it)

Il contatto telefonico della Segreteria Sanitaria è lo 06.375930207

Il web site istituzionale è [www.leonardavaccari.it](http://www.leonardavaccari.it)

Tabella 1 – Presentazione dei dati di attività

| <b>DATI DI ATTIVITÀ</b> <i>al 31/12/2023 forniti dal Direttore Sanitario</i> |                                                                                                                 |                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Posti letto</b>                                                           | 28                                                                                                              | <b>Reparto<br/>Degenza</b>                                                                             |  |
| <b>Residenziali</b>                                                          | Regime Estensivo<br>Regime mantenimento elevato                                                                 | <b>N°19 Progetti<br/>N°14 Progetti</b>                                                                 |  |
| <b>Semi residenziali</b>                                                     | Totale PRI<br>Regime Estensivo elevato<br>Regime mantenimento elevato                                           | <b>N°102 Progetti, di<br/>cui:<br/>N° 63 Progetti<br/>N° 39 Progetti</b>                               |  |
| <b>Ambulatoriali<br/>Adulti</b>                                              | Regime Estensivo lieve                                                                                          | <b>N° 15 Progetti</b>                                                                                  |  |
| <b>Ambulatoriali<br/>Età Evolutiva</b>                                       | Totale PRI<br>Totale Regime Estensiva Elevata<br>Estensiva Regime Lieve età evolutiva<br>Regime Estensiva media | <b>N° 126 progetti<br/>totali di cui:<br/><br/>N° 3 Progetti<br/>N° 36 Progetti<br/>N° 87 Progetti</b> |  |

(A): Indicare la fonte del dato e il periodo di riferimento. Ad es. Dati forniti dalla UO... e aggiornati al GG/MM/AAAA.



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

#### 2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Si definisce “**rischio clinico**” la possibilità che un paziente subisca un danno involontario durante una certa procedura clinica, questo danno è dovuto alle cure sanitarie che non sono state assolate in pieno regime di sicurezza e che quindi portano a un errore. Tutto ciò porta il paziente a un prolungamento del suo stato di malattia, oltre che a un peggioramento delle condizioni di salute o, in casi estremi, anche alla sua morte. Il rischio clinico rappresenta quindi l’eventualità dell’errore in medicina, cioè una mancanza del sistema sanitario che porta al fallimento di scelte terapeutiche programmate. L’istituto

L’istituto Leonarda Vaccari pone molta attenzione alla gestione del rischio clinico visto come un processo che mira ad un miglioramento continuo della pratica clinica attraverso modalità organizzative in grado di individuare e tenere sotto controllo i rischi. La gestione del rischio ha come obiettivo quello di ridurre al minimo il verificarsi degli errori e di garantire, per quanto è possibile, la sicurezza dei pazienti in tutte le fasi dei percorsi assistenziali.

La comunicazione all’esterno di eventi avversi è demandata, in via esclusiva al Legale Rappresentante, di concerto con il Direttore Sanitario.

È responsabilità dell’Alta Direzione (Legale rappresentante, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo) individuare la risoluzione dell’evento avverso.

Le segnalazioni relative a near miss, eventi avversi ed eventi sentinella possono pervenire sia dall’interno che dall’esterno. Per tali segnalazioni è prevista apposita modulistica, differenziata tra interna (Operatori dell’Istituto) ed esterna (Utenti e Familiari), disponibile sul sito dell’Istituto. Una volta compilata viene trasmessa al RQ, il quale ha il compito di smistarla in funzione della tipologia della segnalazione.

In coincidenza del riesame della qualità viene effettuato un monitoraggio degli eventi avversi, near miss ed eventi sentinella segnalati nel periodo di osservazione e ne viene prodotto un apposito report, diffuso sia al personale che alle famiglie, attraverso riunioni e pubblicazione sul sito.



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

**Tabella 5 – Eventi segnalati nel 20.. (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

| Tipo di evento    | N. (e % sul totale degli eventi) | % di cadute all'interno della categoria di evento | Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>                                     | Azioni di miglioramento                                                                     | Fonte del dato                                                                                                            |
|-------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Near Miss         | 0                                |                                                   | Strutturali (%)<br>Tecnologici (%)<br>Organizzativi (%)<br>Procedure/<br>Comunicazione (%) | Strutturali (%)<br>Tecnologiche (%)<br>Organizzative (%)<br>Procedure/<br>Comunicazione (%) | Sistemi di reporting (%)<br>Sinistri (%)<br>Emovigilanza (%)<br>Farmacovig. (%)<br>Dispositivovig. (%)<br>ICA (%)<br>ecc. |
| Eventi Avversi    | 0                                |                                                   |                                                                                            |                                                                                             |                                                                                                                           |
| Eventi Sentinella | 0                                |                                                   |                                                                                            |                                                                                             |                                                                                                                           |

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento *Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella* adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul *cloud* regionale.

**Tabella 6 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)**

| Anno          | N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup> | N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup> | Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup> |
|---------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 2019          | 1                                 | 1                                    | 1                                   |
| 2020          | 1                                 | 0                                    | 0                                   |
| 2021          | 1                                 | 0                                    | 0                                   |
| 2022          | 0                                 | 0                                    | 0                                   |
| 2023          | 1                                 | 0                                    | 0                                   |
| <b>Totale</b> |                                   |                                      |                                     |

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

### 3.Descrizione della posizione assicurativa

**Tabella 7 –Descrizione della posizione assicurativa**

| Anno | Polizza (scadenza) | Compagni a Ass. | Premio | Franchigia | Brokeraggio |
|------|--------------------|-----------------|--------|------------|-------------|
|------|--------------------|-----------------|--------|------------|-------------|



## ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

|             |                   |                   |          |   |                   |
|-------------|-------------------|-------------------|----------|---|-------------------|
| <b>2021</b> | <b>02/01/2021</b> | Generali<br>S.p.A | 4.110,00 | 0 | <b>02/01/2021</b> |
| <b>2022</b> | <b>02/01/2022</b> | Generali<br>S.p.A | 4.110,00 | 0 | <b>02/01/2022</b> |
| <b>2023</b> | <b>02/02/2023</b> | Generali<br>S.p.A | 4.110,00 | 0 | <b>02/01/2023</b> |

#### 4. Resoconto delle attività del piano precedente

*Tabella 2 – Resoconto delle attività del PARS precedente*

| <b>OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo</b>                                                                                                                       |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ATTIVITÀ 1</b> Progettazione ed esecuzione di almeno 2 incontri di informazione/approfondimenti nel corso delle riunioni del servizio mirate al mantenimento delle buone prassi assistenziali degli operatori verso il paziente |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <i>Attività</i>                                                                                                                                                                                                                    | <i>Realizzata</i>   | <i>Evidenze</i>                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Progettazione ed esecuzione di almeno 2 incontri di informazione/approfondimenti nel corso delle riunioni del servizio mirate al mantenimento delle buone prassi assistenziali degli operatori verso il paziente                   | <b>Parzialmente</b> | Realizzati momenti di refresh sulla corretta igiene delle mani e dell'assistenza al paziente, agli operatori del servizio residenziale<br><br>Evidenza: e-mail inviata dalla Direzione Sanitaria al personale del servizio residenziale in data 20.10.2023          |
| Condivisione con gli infermieri e gli OSS delle procedure relative alla gestione delle cadute del paziente                                                                                                                         | <b>Sì</b>           | Sono stati effettuati momenti di refresh nel corso delle riunioni di servizio. Sono state condivise le procedure in essere, le scale di valutazione del rischio cadute, ed è stato effettuato un monitoraggio della sicurezza ambienti e presidi in data 13.01.2023 |



## ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

| <b>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</b> |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Attività</i>                                                                                                                                                                                                                             | <i>Realizzata</i> | <i>Evidenze</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Verifica dell'appropriatezza della gestione del consenso informato e del sistema documentale come da procedura elaborata nel 2022 e progettazione di audit.                                                                                 | <i>Sì</i>         | É stato effettuato un monitoraggio dei consensi inseriti all'interno delle cartelle cliniche. I risultati del monitoraggio sono stati condivisi nel corso di una riunione di direzione del 24.05.2023                                                                                                             |
| Elaborazione di un piano nutrizionale personalizzato per i pazienti in funzione del loro quadro clinico                                                                                                                                     | <i>No</i>         | Non realizzato                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Implementazione sorveglianza attiva degli ospiti a rischio caduta</b>                                                                                                                                                                    | <i>Sì</i>         | Nel corso dell'anno sono stati affrontate, con gli operatori del servizio residenziale, degli incontri informativi sul tema ed è stata presentata la scala di valutazione Tinetti. E' in fase di somministrazione la detta scheda per avere un dettaglio relativo al rischio cadute di alcuni ospiti del reparto. |

| <b>OBIETTIVO C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale dell'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;</b> |                   |                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>ATTIVITÀ 1</b> somministrazione del questionario dell'autovalutazione dell'igiene mani agli operatori sanitari                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |                                                                         |
| <i>Attività</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <i>Realizzata</i> | <i>Evidenze</i>                                                         |
| somministrazione del questionario dell'autovalutazione dell'igiene mani agli operatori sanitari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <i>Sì</i>         | <i>Elaborato report in data 06.06.2023</i><br><i>Verbale 08.06.2023</i> |



## ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

|                                                            |           |                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Monitoraggio del consumo di gel idroalcolici e sanificanti | <i>Sì</i> | Nell'anno in corso si è assistito ad un decremento dell'uso del gel idroalcolico e prodotti sanificanti del 34% rispetto allo scorso anno. |
|------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

In questa sezione non bisogna elencare le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività di cui ai punti 6 e 7, ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS. La Tabella 9 riporta un esempio di una possibile matrice delle responsabilità, modificabile sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in essa riportati.

*Tabella 9 –Matrice delle responsabilità*

| Azione                                                            | Risk Manager/Direttore e Sanitario | Direttore Amministrativo | Responsabile Qualità |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>Redazione PARS</b><br>(eccetto Tabella 6 punto 2; punti 3 e 7) | R                                  | I                        | C                    |
| <b>Redazione Tabella 6 punto 2 e punto 3</b>                      | C                                  | R                        | I                    |
| <b>Redazione punto 7</b>                                          | R                                  | I                        | C                    |
| Adozione PARS con deliberazione                                   | R                                  | I                        | I                    |
| <b>Monitoraggio PARS</b><br>(eccetto il punto 7)                  | R                                  | I                        | C                    |
| <b>Monitoraggio punto 7</b>                                       | R                                  | I                        | C                    |

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

(1) Ove non coincida con il Presidente CCICA.

#### 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

In questo capitolo sono declinati gli obiettivi e le relative attività che l'Istituto "Leonarda Vaccari" ha individuato ed intende perseguire.



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

#### 6.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B) Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

Le Strutture potranno definire ulteriori obiettivi sulla base delle specifiche esigenze.

#### 6.2 Attività

|                                                                                                                           |                            |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------|
| <b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>                                                      |                            |           |
| <b>ATTIVITÀ 1</b> - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico” |                            |           |
| <b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso Base entro il 31/12/2024                                    |                            |           |
| <b>STANDARD SI</b>                                                                                                        |                            |           |
| <b>FONTE UO</b> Risk Management                                                                                           |                            |           |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                       |                            |           |
| <b>Azione</b>                                                                                                             | <b>Direttore Sanitario</b> | <b>RQ</b> |
| Progettazione del corso                                                                                                   | R                          | C         |
| Esecuzione del corso                                                                                                      | R                          | I         |

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

|                                                                                                                               |                            |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------|
| <b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>                                                          |                            |           |
| <b>ATTIVITÀ 2</b> – Avviare nel servizio momenti di aggiornamento sulla gestione della disfagia, coinvolgendo un logopedista. |                            |           |
| <b>INDICATORE</b> Realizzazione di almeno due incontri entro il 31/12/2024                                                    |                            |           |
| <b>STANDARD SI</b>                                                                                                            |                            |           |
| <b>FONTE UO</b> Risk Management                                                                                               |                            |           |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                           |                            |           |
| <b>Azione</b>                                                                                                                 | <b>Direttore Sanitario</b> | <b>RQ</b> |
| Progettazione del corso                                                                                                       | R                          | C         |
| Esecuzione del corso                                                                                                          | R                          | I         |

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



## ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

| <b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>                                                  |                                                             |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ATTIVITÀ 3</b> – Monitorare l'uso di antibiotici.                                                                  |                                                             |           |
| <b>INDICATORE</b> Realizzazione di registro relativo all'uso di antibiotici (quantitativo e tipologia di antibiotici) |                                                             |           |
| <b>STANDARD SI</b>                                                                                                    |                                                             |           |
| <b>FONTE</b> Medico responsabile del servizio e RQ                                                                    |                                                             |           |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                   |                                                             |           |
| <b>Azione</b>                                                                                                         | <b>Direttore Sanitario/medico responsabile del servizio</b> | <b>RQ</b> |
| Definizione e condivisione del documento di registrazione                                                             | R                                                           | C         |
| Raccolta, elaborazione e condivisione dei dati                                                                        | R                                                           | I         |

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

| <b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>                                                                                 |                                                             |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ATTIVITÀ 4</b> – Formazione del personale infermieristico: "Condivisione della corretta esecuzione della procedura necessaria per effettuare ECG" |                                                             |           |
| <b>INDICATORE</b> Realizzazione di un momento formativo e di dimostrazione pratica con un medico cardiologo                                          |                                                             |           |
| <b>STANDARD SI</b>                                                                                                                                   |                                                             |           |
| <b>FONTE</b> Medico responsabile del servizio e RQ                                                                                                   |                                                             |           |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                                  |                                                             |           |
| <b>Azione</b>                                                                                                                                        | <b>Direttore Sanitario/medico responsabile del servizio</b> | <b>RQ</b> |
| Realizzazione di un momento formativo                                                                                                                | R                                                           | C         |
| Realizzazione di una prova pratica dei partecipanti                                                                                                  | R                                                           | I         |

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

|                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>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.</b> |  |  |
| <b>ATTIVITÀ 1</b> – Monitoraggio e valutazione della qualità delle cure                                                                                                                                                                      |  |  |
| <b>INDICATORE</b> Elaborazione Questionari di valutazione della percezione da parte degli utenti/familiari                                                                                                                                   |  |  |



## ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

|                                                                      |                            |           |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------|
| Monitoraggio delle Piaghe da decubito                                |                            |           |
| <b>STANDARD SI</b>                                                   |                            |           |
| <b>FONTE Direzione Sanitaria e RQ</b>                                |                            |           |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                  |                            |           |
| <b>Azione</b>                                                        | <b>Direttore Sanitario</b> | <b>RQ</b> |
| Revisione/condivisione delle scale di valutazione del rischio caduta | R                          | C         |
| Raccolta, elaborazione e condivisione dei dati                       | I                          | R         |

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

|                                                                                                                                                                                                                                              |                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------|
| <b>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.</b> |                            |           |
| ATTIVITÀ 2 – Implementare procedure e coinvolgere il personale per la riduzione del rischio caduta dei pazienti                                                                                                                              |                            |           |
| INDICATORE Riduzione % cadute registrate su apposita modulistica                                                                                                                                                                             |                            |           |
| <b>STANDARD SI</b>                                                                                                                                                                                                                           |                            |           |
| <b>FONTE Direzione Sanitaria, RQ</b>                                                                                                                                                                                                         |                            |           |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                                                                                                                          |                            |           |
| <b>Azione</b>                                                                                                                                                                                                                                | <b>Direttore Sanitario</b> | <b>RQ</b> |
| Revisione/condivisione delle scale di valutazione del rischio caduta                                                                                                                                                                         | R                          | C         |
| Verifica in fase di audit della corretta applicazione della procedura                                                                                                                                                                        | I                          | R         |

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

|                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>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.</b> |  |  |
| ATTIVITÀ 3 – Monitoraggio della corretta compilazione della cartella clinica: strumento di lavoro a valenza clinica e indice di qualità                                                                                                      |  |  |
| INDICATORE Riduzione % di cartelle cliniche non correttamente compilate. Elaborazione di un report sul controllo Random di almeno il 10% delle cartelle cliniche attive nel reparto degenza.                                                 |  |  |
| <b>STANDARD SI</b>                                                                                                                                                                                                                           |  |  |
| <b>FONTE Direzione Sanitaria, RQ</b>                                                                                                                                                                                                         |  |  |



## ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                |                     |    |
|---------------------------------------------|---------------------|----|
| Azione                                      | Direttore Sanitario | RQ |
| Monitoraggio random delle cartelle cliniche | R                   | C  |
| Elaborazione di un report conclusivo        | R                   | C  |

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

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

**ATTIVITÀ 4** – Addestramento/simulazione del personale infermieristico nella gestione di una urgenza sanitaria (crisi comiziale).

**INDICATORE** Realizzazione di una simulazione

**STANDARD SI**

**FONTE** Direzione Sanitaria, RQ

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                                                                    |                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|
| Azione                                                                                          | Direttore Sanitario | RQ |
| Realizzazione dell'attività di addestramento supervisionata dal Medico responsabile del reparto | R                   | C  |
| Condivisione dell'esperienza ed elaborazione di un piccolo manuale operativo                    | R                   | C  |

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

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

**ATTIVITÀ 1** – Migliorare l'adesione del personale all'igiene delle mani e raggiungere il consumo minimo definito dall'OMS per quanto riguarda l'utilizzo di soluzione idroalcolica

**INDICATORE** Consumo in linea con quanto suggerito dall'OMS: Consumo soluzione idroalcolica > a 25 l x 1000gg/pz

**STANDARD SI**

**FONTE** Direzione Sanitaria, Acquisti, RQ

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ |  |  |
|------------------------------|--|--|
|------------------------------|--|--|



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

| Azione                                                                  | Direttore Sanitario | RQ |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|----|
| Avviare almeno un momento di Refresh sull'igiene delle mani             | R                   | C  |
| Somministrazione del questionario di valutazione sull'igiene delle mani | I                   | R  |

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

### 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In questo capitolo andranno declinati gli obiettivi e le relative attività specifici sulla gestione del rischio infettivo.

#### 7.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

Le Strutture potranno definire ulteriori obiettivi sulla base delle specifiche esigenze.

#### 7.2 Attività

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

**ATTIVITÀ 1** – Revisione e condivisione del “Manuale operativo igiene del paziente”

**INDICATORE**

Revisione della procedura

**STANDARD**

SI

**FONTE**

Linee guida ministeriali

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**



## ISTITUTO "LEONARDA VACCARI"

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

| Azione                                         | Direttore Sanitario/CCICA | RQ |
|------------------------------------------------|---------------------------|----|
| Revisione della procedura                      | R                         | C  |
| Questionario di valutazione dell'apprendimento | C                         | R  |

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

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

**ATTIVITÀ 1** – Implementazione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani

#### INDICATORE

Presentazione di un video sull'aderenza del personale ai cinque momenti dell'igiene delle mani

#### STANDARD

SI

#### FONTE

OMS

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| Azione                                         | Direttore Sanitario/ CCICA | RQ |
|------------------------------------------------|----------------------------|----|
| Revisione della procedura                      | R                          | C  |
| Questionario di valutazione dell'apprendimento | C                          | R  |

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

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

**ATTIVITÀ 1** – Attività di informazione/formativa sul fenomeno dell'antibiotico -resistenza

#### INDICATORE

Realizzazione di un incontro con gli operatori sanitari sul tema

#### STANDARD

SI

#### FONTE

OMS



## ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”

### PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                   |                            |    |
|------------------------------------------------|----------------------------|----|
| Azione                                         | Direttore Sanitario/ CCICA | RQ |
| Realizzazione dell'incontro                    | R                          | C  |
| Questionario di valutazione dell'apprendimento | C                          | R  |

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

#### 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La diffusione del PARS prevede:

- Presentazione alla Rappresentante Legale ed al Consiglio Direttivo;
- Pubblicazione sul sito Web istituzionale;
- Invio via e-mail al Centro Regionale Rischio Clinico;
- Condivisione con le famiglie e gli operatori;
- Presentazione nelle riunioni dei diversi Servizi dell'Istituto;
- Programmazione di incontri di formazione sul campo documentate da apposito verbale

#### 9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: “Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018”;



## **ISTITUTO “LEONARDA VACCARI”**

### **PER LA RIEDUCAZIONE DEI FANCIULLI MINORATI PSICO-FISICI**

ERETTO IN ENTE MORALE CON R. DECRETO 15 OTTOBRE 1936, N.2032

9. Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)”;
10. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
11. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.