



**PIANO ANNUALE RISK MANAGEMENT**

**ANNO 2023**

<i>REV.</i>	<i>Data emissione</i>	<i>N° pag.</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Funzione</i>	<i>Firma</i>
<i>1</i>	<i>31/03/23</i>	<i>14</i>	<i>Edizione Anno 2023</i>	<i>Amministratore Unico Antonio Novi</i>	

Indice dei contenuti

<b>1. SCOPO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. RIFERIMENTI NORMATIVI.....</b>	<b>3</b>
<b>3. TERMINI E DEFINIZIONI .....</b>	<b>4</b>
<b>4. CONTESTO ORGANIZZATIVO .....</b>	<b>6</b>
4.1 CONTESTO STRUTTURALE .....	6
4.2 CONTESTO GEOGRAFICO .....	7
4.3 CONTESTO EROGATIVO .....	8
4.4 MAPPATURA DEI RISCHI .....	8
<b>5. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....</b>	<b>10</b>
<b>6. GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.....</b>	<b>11</b>
PRECAUZIONI STANDARD .....	11
PRECAUZIONI TRASMISSIONE AEREA .....	13
PRECAUZIONI TRASMISSIONE VIA AEROSOL .....	13
PRECAUZIONI TRASMISSIONE DA CONTATTO.....	14
<b>7. MATRICE DELLA RESPONSABILITÀ .....</b>	<b>14</b>
<b>8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER IL 2023.....</b>	<b>15</b>
8.1 ATTIVITÀ.....	15
<b>9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARM .....</b>	<b>17</b>

## 1. Scopo

La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute, è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività e rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti, sicurezza, tra l'altro, basata sull'apprendere dall'errore.

Si stima che negli Stati membri dell'UE una quota compresa tra l'8% e il 12% dei pazienti ricoverati presso ospedali sono interessati da di eventi sfavorevoli mentre ricevono cure sanitarie.

Gli eventi sfavorevoli, sia nel settore ospedaliero che in quello delle cure primarie, sono in larga misura prevenibili e la maggior parte di essi sono riconducibili a fattori sistemici.

La "gestione del rischio" rientra tra gli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale che quella gestionale. Sicurezza dei pazienti e "Clinical Governance" sono strettamente connessi; una solida "Clinical Governance" costituisce una valida garanzia di sicurezza delle cure e, conseguentemente, è in grado di contenere, riducendoli ad un livello fisiologico, gli eventi avversi.

Durante questi anni si è cercato di mostrare all'utenza sempre la massima disponibilità attraverso informazioni chiare e puntuali sei giorni su sette, e organizzando il servizio sulla base delle esigenze della nostra utenza.

Il Centro si è impegnato a mantenere e sostenere un Sistema di Gestione per Qualità secondo le norme ISO 9001 certificato da un organismo terzo, che attraverso audit interni ed esterni verifica la persistenza e la permanenza dei requisiti previsti. I valori dell'organizzazione:

- imparzialità nell'accesso;
- eguaglianza dei trattamenti;
- umanizzazione delle cure;
- continuità delle cure;
- elevata professionalità nell'erogazioni dei trattamenti e nei rapporti con l'utenza.

Pertanto, il presente documento ha lo scopo di:

- Predisporre evidenza documentale sulla gestione dei potenziali rischi specifici legati all'erogazione delle attività sociosanitarie del Centro;
- Verificare, adeguare, monitorare la documentazione all'interno della struttura necessario a garantire il governo del rischio (anche infettivo) all'interno della struttura;
- Individuare gli elementi a maggior rischio al fine di concentrare ulteriori sforzi aziendali nella gestione dei rischi più elevati o comunque oltre la soglia di accettabilità definita dalla struttura e dalle best practices di settore.

## 2. Riferimenti Normativi

Si riporta di seguito l'elenco della normativa utilizzata quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale di Risk Management.

- D. Lgs. 502/92: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421
- D.P.R. 14/01/1997: 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
- D. Lgs 229/99: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419
- D. Lgs 254/00: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari
- D. Lgs 81/08: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3 agosto 2007, n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
- Circolare Ministeriale n.52/1985: "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere"
- Circolare Ministeriale n. 8/1988: "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
- D.M. 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 Novembre 1995
- PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena
- PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicanze infettive legate all'assistenza sanitaria
- Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza 2017-2020
- 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" (GU n.64 del 17-3-2017)
- Rapporti ISS COVID-19 Istituto Superiore di Sanità
- Leggi e Delibere regionali in materia di sicurezza e qualità delle cure
- DCA 51 del 04/07/2019 Regione Campania: Integrazione requisiti per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private
- Linee di indirizzo per l'elaborazione e la stesura del piano annuale risk management (PARM) – Giunta Regionale della Campania "Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale"

### 3. Termini e definizioni

Si riporta di seguito la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del presente piano aziendale di risk management.

**Evento**

Accadimento che può modificare l'andamento atteso dell'assistenza nei confronti dei pazienti o che può arrecare danno agli operatori sanitari

**Evento avverso (EA)**

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 le potenzialità.

**Near miss (NM)**

Circostanza potenzialmente in grado di determinare un evento che tuttavia non raggiunge il paziente o l'operatore sanitario perché intercettato o per caso fortuito.

**Evento sentinella (ES)**

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 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 abbiamo contribuito e
- b) l'implementazione delle adeguate misure correttive o il loro monitoraggio.

Di seguito l'elenco degli eventi sentinella indicati dal Ministero della Salute applicabili nell'ambito della struttura:

- Procedura in paziente sbagliato
- Errata procedura su paziente corretto
- Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- Morte o grave danno per caduta di paziente
- Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
- Violenza su paziente
- Atti di violenza a danno di operatore
- Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

**SIMES**

Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità

## 4. Contesto Organizzativo

### 4.1 Contesto Strutturale

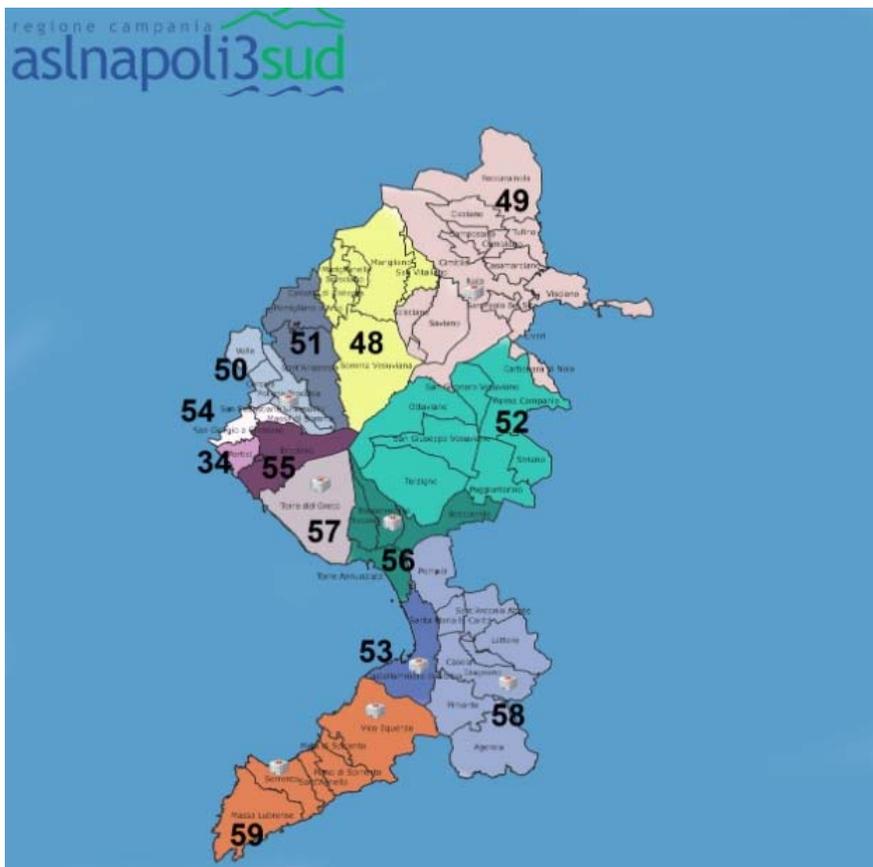
Il Take Care Center srl unipersonale nasce per effetto della cessione di ramo d'azione del Centro Medicina Psicosomatica, quest'ultima nata nel 1980, specializzandosi nel tempo nell'erogazione di servizi per l'assistenza riabilitativa di natura neuro-psico-motoria. L'esperienza decennale e gli aggiornamenti continui, consentono di offrire un servizio con elevato livello di competenza e professionalità. Il centro è specializzato nell'erogazione di servizi per l'assistenza riabilitativa di natura neuro-psico-motoria. Nella moderna visione della riabilitazione, è organizzata per la presa in carico di persone diversamente abili di ogni età, in ogni fase della loro storia clinica. Per ciascun utente, viene elaborata una strategia di intervento: incrociando livelli assistenziali, tipologie di approccio e modalità di erogazione delle cure riabilitative si individua il percorso più idoneo per ottenere la massima riduzione della disabilità e la minimizzazione dell'handicap.

Take Care Center propone interventi terapeutici in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare servendosi di personale specializzato e qualificato, e di una moderna struttura attrezzata, conforme e attenta al rispetto di standard di qualità e sicurezza., secondo norme UNI EN ISO 9001.

<b>Società</b>	Take Care Center Srl
<b>Sede legale</b>	Via Napoli 260, Castellammare di Stabia, NA
<b>Rappresentante Legale</b>	Dott. Novi Antonio
<b>Sede operativa 1</b>	Via Napoli 260, Castellammare di Stabia, NA
<b>Sede operativa 2</b>	Via Sanità 16/18, Castellammare di Stabia, NA (Villa Geras)
<b>Attività – Sede operativa 1</b>	Riabilitazione, recupero e rieducazione funzionale, centro diurno
<b>Attività – Sede operativa 2</b>	Residenza Sanitaria Assistenziale - Unità di cura per adulti non autosufficienti ed Unità di cura estensiva per adulti non autosufficienti

## 4.2 Contesto Geografico

Il Centro si trova sul territorio dell'Azienda ASL Napoli 3 SUD, rappresentato come di seguito.



All'interno del territorio della Regione Campania, le persone, a seguito di autorizzazione da parte della propria ASL di appartenenza, possono accedere alle prestazioni erogate dal Centro.

Il Take Care Center, occupa una struttura di circa 2.000 mq, distribuiti su due livelli:

- Al piano terra si trovano: l'ambulatorio di fisiokinesiterapia, di neuro psicomotricità, di logopedia, le palestre di riabilitazione, l'amministrazione, la segreteria, la sala d'attesa, i servizi igienici, e ancora la piscina, ed un ampio parcheggio;
- Al primo piano si trovano, invece, le stanze dedicate alla Terapia occupazionale e alla Psicomotricità adattiva, al reparto semiresidenziale e al centro diurno e al centro diurno integrato.

Il Centro è dotato di percorsi per non vedenti e adeguata segnalazione per non udenti ed inoltre, tutte le aree di degenza e i servizi ambulatoriali sono raggiungibili tramite percorsi facilitati o ascensori atti ad accogliere i soggetti diversamente abili.

### **4.3 Contesto Erogativo**

Il Take Care Center srl eroga prestazioni di quattro tipi:

1. Ambulatorio
2. Domiciliare
3. Semiresidenziale ex. Art. 26
4. Centro Diurno disabili
5. RSA Adulti non autosufficienti (R3)

I servizi ambulatoriali si erogano all'interno della struttura, con strumentazione adeguata per ciascuna patologia.

I servizi domiciliari vengono, invece, erogati presso l'abitazione dell'utente affetto da patologie altamente invalidanti.

I servizi semiresidenziale e centro diurno consentono la permanenza all'interno del centro per un tempo prolungato, consentendo così all'utente di coniugare, all'interno di un percorso personalizzato, terapia e integrazione sociale.

### **4.4 Mappatura dei rischi**

Per la valutazione del rischio del Centro, sono state individuate le attività clinico-assistenziali in essere nella struttura e poste in ascissa della matrice sotto riportata. In ordinata sono riportati gli adempimenti richiesti.

## Piano Annuale Risk Management (PARM)

**PARM**  
Rev.0 - 31/03/2023  
Pagina 9 di 17



Figura 1: Mappatura del Rischio

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

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 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.

Ai fini della conformità a quanto stabilito dall'articolo 2, comma 5 della Legge 24/2017 il Centro riporta in sintesi di seguito tutti gli eventi occorsi nell'anno precedente con specifica di classificazione e relative attività di analisi e gestione, come mostrato in Tab. 2.

Evento sentinella	N° casi
Morte o grave danno per caduta di paziente	0
Atti di violenza a danno di operatore	0
Ogni evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	0
Errata procedura su paziente corretto	0

Peraltro, occorre segnalare che l'azienda, nell'ambito del proprio sistema qualità, ha implementato una serie di regolamenti e procedure, con la relativa modulistica laddove necessaria, volte, tra l'altro, a ridurre i rischi collegati ad alcuni degli eventi sopra indicati:

Tutti i regolamenti, le procedure, la modulistica allegate, sono rese disponibili a tutto il personale mediante il Responsabile Qualità e con l'ausilio dell'Elenco dei documenti attualmente in vigore in azienda.

**Relativamente all'anno 2022** non sono stati segnalati eventi avversi nella struttura, ciò nonostante si è provveduto a verificare, ed eventualmente integrare, la formazione del personale sulla tematica relativa all'evento avverso, ritenendo la sensibilità di ognuno elemento portante per una corretta attività reattiva di gestione degli eventi stessi.

Per quanto riguarda i dati relativi ai risarcimenti erogati durante lo scorso anno, con riferimento esplicito ai risarcimenti erogati per sinistri, escludendo de facto pagamenti connessi a smarrimento di oggetti personali, danni a cose, etc., non sono state registrate richieste di risarcimento di alcun tipo da parte dei pazienti.

ANNO	Importi Risarciti
2022	- €



## **6. Gestione del Rischio Infettivo**

Con riferimento al rischio infettivo, il Centro ha adottato sia interventi generali di mitigazione del rischio che interventi specifici mirati a particolari situazioni come dall'elenco che segue:

### **Precauzioni standard**

Le precauzioni standard si applicano nell'assistenza di base a tutti i pazienti, indipendentemente dalla condizione epidemiologica momentanea:

#### **Lavaggio delle mani**

- lavarsi le mani dopo aver toccato sangue, liquidi corporei, secreti, escreti e oggetti contaminati sia che si siano indossati i guanti oppure no
- lavarsi le mani in ogni caso dopo la rimozione dei guanti ogni qualvolta ci siano stati contatti con pazienti o liquidi o materiali di derivazione biologica (l'uso dei guanti non sostituisce la necessità del lavaggio delle mani)
- usare un semplice sapone lavando le mani per almeno 10 - 15 secondi
- l'uso di un agente antisettico (clorexidina, povidone iodio es: Hibiscrub, Brunoil Hplus) va considerato solo dopo il lavaggio con sapone e nei casi in cui ci sia stato significativo contatto o contaminazione con liquidi o materiali di derivazione biologica.

#### **Uso dei guanti**

- indossare guanti (sono sufficienti guanti puliti non sterili) prima di toccare sangue, liquidi corporei, secreti, escreti e oggetti contaminati
- indossare guanti prima di toccare mucose e cute non integra
- cambiarsi i guanti nel corso di manovre o procedure ripetute sullo stesso paziente dopo il contatto con materiale che può contenere una elevata concentrazione di microrganismi
- cambiare i guanti in caso di verifica o dubbio di lesione degli stessi e lavarsi le mani prima di indossarne di nuovi
- rimuovere prontamente i guanti dopo l'uso, che deve essere limitato allo stretto indispensabile
- lavarsi le mani dopo essersi tolti i guanti
- non toccarsi gli occhi, il naso, la bocca, i capelli o l'epidermide con i guanti

#### **Uso di mascherine, occhiali protettivi, schermi facciali**

- usare una mascherina ed occhiali protettivi e/o uno schermo facciale per proteggere mucose di occhi, naso, bocca durante le procedure e le attività di assistenza al paziente che possono



generare schizzi o spruzzi di sangue, liquidi corporei, secreti o escreti (**tale attività preventiva è integrata all'occorrenza in caso di stato di emergenza epidemologica**)

#### **Uso del camice**

- indossare un camice (con le maniche lunghe) per proteggere la cute e per prevenire l'imbrattamento di indumenti durante le procedure e le attività di assistenza al paziente che possono generare schizzi o spruzzi di sangue, liquidi corporei, secreti o escreti
- rimuovere il camice se sporco il più presto possibile e procedere al lavaggio delle mani

#### **Strumenti per l'assistenza al paziente**

- manipolare gli strumenti impiegati per l'assistenza al paziente sporchi di sangue, liquidi corporei, secreti o escreti in modo da prevenire l'esposizione di cute e mucose, la contaminazione di indumenti e il trasferimento di microrganismi ad altri pazienti o all'ambiente.

#### **Aghi o strumenti taglienti**

- preoccuparsi di prevenire incidenti quando si impiegano aghi, ed altri strumenti o dispositivi taglienti, quando si manipolano strumenti taglienti dopo le procedure, quando si puliscono gli strumenti impiegati, quando si eliminano gli aghi usati;
- non incappucciare mai gli aghi impiegati o altrimenti non usare mai entrambe le mani (operazioni con una sola mano) e adoperare gli appositi dispositivi dei contenitori rigidi per taglienti
- non rimuovere con le mani gli aghi usati dalle siringhe monouso
- non rompere, manipolare, piegare gli aghi usati con le mani
- gli aghi, le lame, gli strumenti taglienti vanno eliminati negli appositi contenitori di sicurezza resistenti alla foratura
- i contenitori di sicurezza non vanno riempiti fino all'orlo ma al massimo per 3/4 (salvo attenersi alle indicazioni di massimo livello presenti sugli stessi)
- alla fine del riempimento vanno chiusi in maniera definitiva.

#### **Ulteriori disposizioni generali**

Nei locali di lavoro:

- è sempre proibito mangiare, bere fumare, truccarsi portare le mani alla bocca o alle congiuntive. Al di fuori degli ambienti di lavoro tale proibizione permane se non ci si lava le mani prima e dopo l'attività;
- deve sempre essere apposta idonea cartellonistica relativa a quanto sopra indicato.



## **Precauzioni trasmissione aerea**

In aggiunta alle precauzioni standard, le precauzioni per la trasmissione per via aerea devono essere utilizzate per le operazioni di assistenza di pazienti noti o sospetti di essere infetti da patogeni trasmessi da nuclei di goccioline aero-diffuse che possono rimanere sospesi e diffusi dalle correnti d'aria all'interno di una stanza o nel reparto.

### **Esempi di malattie da considerare: TBC, Varicella, Morbillo**

- collocare il paziente in una stanza singola (o assieme ad altri pazienti affetti dalla stessa patologia se non vi sono altre infezioni e non vi sono controindicazioni); ove disponibili, sono da preferire stanze con opportuno ricambio dell'aria (da 6 a 12 ricambi ora) con assenza di ricircolo nelle aree circostanti dell'aria estratta (se non preventivamente trattata con filtri ad alta efficienza) possibilmente in pressione negativa rispetto alle aree circostanti
- la porta della stanza deve rimanere chiusa
- il paziente deve rimanere nella stanza
- il personale di assistenza quando entra nella stanza deve indossare mascherina di protezione respiratoria di efficienza almeno FFP2;
- limitare il movimento ed il trasporto del paziente ai soli motivi essenziali
- qualora il paziente dovesse essere spostato dalla stanza fargli indossare una mascherina almeno chirurgica;
- rendere noto agli operatori che dovranno trasportare o sottoporre a trattamenti il paziente della natura dei rischi

## **Precauzioni trasmissione via Aerosol**

In aggiunta alle precauzioni standard, le precauzioni per la trasmissione attraverso aerosol (goccioline) devono essere utilizzate per le operazioni di assistenza di pazienti noti o sospetti di essere infetti da patogeni trasmessi da goccioline (diametro superiore 5 mm) che possono essere generate con lo starnuto, la tosse, la conversazione, o alcune manovre.

La diffusione di tali nuclei, in considerazione della loro granulometria, è limitata nello spazio.

### **Esempi di malattie da considerare: malattia invasiva da Haemophilus influenza, Neisseria meningitidis, difterite faringea, pertosse, influenza, rosolia, etc.**

- collocare il paziente in una stanza singola (o assieme ad altri pazienti affetti dalla stessa patologia se non vi sono altre infezioni e non vi sono controindicazioni)



## Piano Annuale Risk Management

**PARM**

Rev.0 - 31/03/2023

Pagina 14 di 17

- se non è possibile porre il paziente in una stanza singola mantenere una separazione spaziale di almeno due metri tra il paziente infetto e altri pazienti o visitatori
- il personale di assistenza quando deve lavorare a meno di un metro di distanza dal paziente deve indossare mascherina di protezione
- limitare il movimento ed il trasporto del paziente ai soli motivi essenziali
- qualora il paziente dovesse essere spostato dalla stanza fargli indossare, se possibile, una mascherina chirurgica

### Precauzioni trasmissione da contatto

In aggiunta alle precauzioni standard, le precauzioni per la trasmissione da contatto devono essere utilizzate per le operazioni di assistenza di pazienti noti o sospetti di essere infetti da patogeni epidemiologicamente importanti che possono essere trasmessi attraverso il contatto diretto con il paziente (contatto con le mani o da cute a cute) o contatti indiretti con superfici ambientali contaminate o con oggetti usati per l'assistenza al paziente.

**Esempi di malattie da considerare: affezioni gastrointestinali significative, impetigine, ascessi di grandi dimensioni aperti, pediculosi, scabbia, etc**

- collocare il paziente in una stanza singola (o assieme ad altri pazienti affetti dalla stessa patologia se non vi sono altre infezioni e non vi sono controindicazioni)
- il personale di assistenza deve indossare i guanti protettivi ed il camice protettivo quando entra nella stanza
- cambiarsi i guanti dopo operazioni con materiale infetto che può contenere alte concentrazioni di microrganismi (materiale fecale o essudato da ferite)
- togliersi i guanti prima di lasciare l'ambiente del paziente e lavarsi le mani anche con un agente antimicrobico (vedi istruzioni sul lavaggio delle mani)
- rimuovere il camice prima di lasciare la stanza del paziente
- limitare il movimento ed il trasporto del paziente ai soli motivi essenziali
- evitare l'uso di strumenti o attrezzature anche non critiche per l'assistenza per pazienti diversi.

## 7. Matrice della responsabilità

Il piano annuale risk management riconosce responsabilità complessive di tutta la struttura che, tuttavia sono poi diversificate in funzione della fase di lavoro e dei ruoli presenti in azienda. Nel Centro è identificata la seguente matrice delle Responsabilità di Tab. 5:



<b>Piano Annuale Risk Management</b>					<b>PARM</b> Rev.0 - 31/03/2023 Pagina 15 di 17
--------------------------------------	--	--	--	--	--

Azione	Medico Responsabile di Reparto	Risk Manager	Responsabile di Struttura	Tutto il personale di reparto	Responsabile Qualità
Redazione PARM	R	C	C	C	C
Adozione PARM	C	I	R	C	I
Monitoraggio PARM	R	C	C	C	C

**Tab.5: Matrice delle Responsabilità**

**Legenda:** R = Responsabile, C = Coinvolto, I = Informato

## 8. Obiettivi e Attività per il 2023

Il PARM definito per l'anno 2023 definisce diversi obiettivi coerenti con le esigenze del centro e relative attività, finalizzate al raggiungimento degli stessi.

**Obiettivo n. 1** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

**Obiettivo n. 2** 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.

**Obiettivo n. 3** Migliorare il livello di controllo e analisi delle infezioni di comunità

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.

### 8.1 Attività

Gli obiettivi come definiti nel paragrafo precedente sono perseguiti mediante l'implementazione di un insieme di attività. Ciascun Obiettivo può essere perseguito a mezzo di una o più attività.

Per ogni attività viene definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere.



## Piano Annuale Risk Management

**PARM**

Rev.0 - 31/03/2023

Pagina 16 di 17

### Obiettivo - Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

**ATTIVITÀ 1** - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza

**INDICATORE**

Esecuzione di almeno una Edizione di un corso base di Gestione del Rischio Clinico ENTRO IL 31/12/2023

**STANDARD**

Corso eseguito

**RESPONSABILE**

Responsabile Formazione

**FONTE**

Risk Management

### Obiettivo - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

**ATTIVITÀ 2** – Aggiornamento globale del Sistema di Gestione per la Qualità e l'Accreditamento

**INDICATORE**

Review del sistema Procedurale e miglioramento documentale generale ENTRO IL 31/12/2023

**STANDARD**

SI

**RESPONSABILE**

Responsabile Qualità

**FONTE**

Risk Management

### Obiettivo - Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

**ATTIVITÀ 3** - Formazione specifica sulla gestione degli Eventi Avversi e/o del Risk Management in sanità

**INDICATORE**

Esecuzione di almeno una Edizione di un corso base di "Gestione degli Eventi Avversi" e/o di "Risk Management" ENTRO IL 31/12/2023

**STANDARD**

Corso eseguito

**RESPONSABILE**

Responsabile Formazione

**FONTE**

Risk Management



## Piano Annuale Risk Management

**PARM**

Rev.0 - 31/03/2023

Pagina 17 di 17

**Obiettivo - 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 – Monitoraggio del PARM 2023**

**INDICATORE**

Almeno una riunione verbalizzata per il monitoraggio delle attività definite nel PARM 2023 ENTRO IL 31/12/2023

**STANDARD**

Riunioni eseguite

**RESPONSABILE**

Risk Manager

**FONTE**

Risk Management

**Obiettivo – Migliorare il livello di controllo e analisi delle infezioni di comunità**

**ATTIVITÀ 5 – Implementazione del Piano di Azione locale entro il 2023 in ambito igiene delle mani**

**INDICATORE**

Compilazione Questionari di autovalutazione

**STANDARD**

Questionari compilati

**RESPONSABILE**

Medico Responsabile Reparto

**FONTE**

Risk Management

### 9. Modalità di diffusione del PARM

Il documento PARM è diffuso all'interno della struttura mediante apposita riunione con i capo reparto che hanno la responsabilità di divulgazione interna. Il documento è anche reso pubblico e accessibile a tutte le parti interessate mediante pubblicazione sulla home page della struttura all'indirizzo [www.tccsrl.org](http://www.tccsrl.org)

A valle della pubblicazione del sito, sarà ulteriormente diffusa informativa interna per tutto il personale e tutti i collaboratori per favorire accessibilità al documento a scopo consultivo ulteriore.