

SOMMARIO

1.0	PREMESSA	3
1.1	Contesto organizzativo	4
1.2	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	5
1.3	Descrizione della posizione assicurativa	6
1.4	Resoconto delle attività del PARS precedente (2022)	6
2.0	MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS	7
3.0	OBIETTIVI E ATTIVITA'	7
3.1	Obiettivi per la componente rischio clinico.....	7
3.2	Obiettivi per la gestione del rischio infettivo	7
4.0	ATTIVITA'	8
5.0	RIFERIMENTI NORMATIVI	10
6.0	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	12

1.0 Premessa

Nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del Piano Annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), due documenti che, oltre a rappresentare espressione del commitment regionale, consentono alle Strutture di rendere pubblica la propria policy su questi temi. Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, a distanza di oltre sei anni dall'emanazione delle prime linee guida per l'elaborazione del PARM, si ritiene opportuno rivedere il contenuto dei due documenti sopra citati, unificandone il contenuto in un unico Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) con l'obiettivo di:

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

Questo anche al fine di concentrare l'attenzione e le risorse delle Strutture sugli aspetti qualificanti e rilevanti della gestione del rischio, evitando l'elaborazione di documenti volti più al mero rispetto di un adempimento formale che non alla implementazione di una effettiva politica di miglioramento della sicurezza delle cure e della persona assistita.

Per raggiungere questi obiettivi, il presente documento, sentito il CRRC, è stato unificato e ricomprende sia la sezione riguardante le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie e post-acuzie, che quella relativa alle strutture che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale e le strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera (Allegati A e B del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)").

Nel primo caso il documento procede sostanzialmente alla semplice fusione dei precedenti PARM e PAICA, definendo in maniera ancora più puntuale i ruoli e le responsabilità. Relativamente alle strutture di assistenza extraospedaliera, invece, il documento tiene conto delle differenze non secondarie relative ai ruoli e alle responsabilità per come previsti dalla normativa di autorizzazione e di accreditamento. Questo ha comportato una semplificazione della matrice dei ruoli e delle responsabilità e la riduzione del numero minimo di attività mandatorie da prevedere ogni anno.

1.1 Contesto organizzativo

L'Hospice Gemelli Medical Center è una struttura sanitaria gestita dalla *Società Benefit Gemelli Medical Center S.p.A.*, autorizzata ed accreditata con il Servizio Sanitario Regionale per l'attività di Cure Palliative (Decreto del Commissario ad Acta n. U00115 del 09/04/2013).

L' Hospice Gemelli Medical Center promuove la diffusione della cultura della sicurezza delle cure all'interno della propria struttura. Nel mese di Aprile 2017, in ottemperanza alla normativa vigente, è stato istituito un Comitato Unico per il Risk Management (CURM) che si è occupato da subito anche dei rischi di infezioni correlate all'assistenza (ICA), un gruppo di lavoro dedicato alla valutazione e prevenzione del rischio, all'applicazione e al monitoraggio di buone pratiche per la sicurezza, alla gestione di eventi avversi, alla prevenzione del contenzioso.

Specificità organizzative in relazione al rischio clinico e al rischio infettivo.

Data di costituzione del Comitato per il Rischio Clinico (CURM)	Aprile 2017
Composizione del Comitato Unico (CURM), ora CURM/ICA La composizione del Comitato Unico ha subito variazioni dalla data della sua costituzione. Attualmente è costituito un Comitato Unico per il Rischio Clinico e per il Rischio di Infezioni Correlate all'Assistenza (CURM / ICA). Nelle riunioni del Comitato, qualora vengano affrontati argomenti correlati alle ICA, viene assicurata la presenza di un Medico Infettivologo.	Il Comitato è composto da: <ul style="list-style-type: none"> • Dott. Manuel Soldato – Membro Comitato Unico RM / ICA e RISK MANAGER • Dott. ssa Roberta Toto- Membro Comitato Unico RM / ICA e ICA MANAGER • Dott. Stefano Quici – Membro Comitato Unico RM / ICA • Dr. Francesco Maria Gemelli – Membro Comitato Unico RM / ICA
Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione del rischio clinico Risorse dedicate al controllo e alla prevenzione delle ICA	Tutto il personale medico e infermieristico. Responsabile per il rischio ICA: Roberta Totò Caposala setting residenziale
Distribuzione dei presidi per la riduzione delle piaghe da pressione	Tutti i 30 letti sono dotati di materassi antidecubito
Numero di stanze per l'isolamento dei pazienti infettivi	30 stanze. Tutte le stanze della struttura sono stanze singole, pertanto è praticabile l'isolamento di persone eventualmente infette.
Distribuzione dei dispenser di gel idroalcolico	Piano Terra: 1 dispenser all'ingresso, flaconi personali per gli operatori di 4 equipe del domiciliare Piani di degenza 1, 2, 3: 2 dispenser per piano Piano 4: flaconi personali per gli amministrativi, flaconi personali per gli operatori di 2 equipe del domiciliare
Definizione di un programma di Antimicrobial Stewardship (ottimizzare la terapia antibiotica)	Antibioticoprofilassi correlata alle indicazioni e alle condizioni cliniche del paziente

Di seguito vengono riportati i dati relativi alla complessità del contesto organizzativo, aggiornati al 31 Dicembre 2023.

Tabella 1-Dati di Attività Per Singolo Presidio

DATI DI ATTIVITÀ 2022 (Report Attività 2023, 31/12/23)

STRUTTURA	Hospice Gemelli Medical Center: Via della Pineta Sacchetti n. 235, 00168, Roma		
SETTING ASSISTENZIALI	Hospice Residenziale	Unità di Cure Palliative Domiciliari	Totale
Posti letto	30	120	150
Cartelle	282	484	766
Cliniche Aperte			
Giornate di Degenza	10.602	47.720 accessi	53.322

1.2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Tabella 2-Eventi segnalati nel 2023 (ai sensi dell'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 ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	2	100%	50% Strutturali 50% Tecnologici 25 % Organizzativi 0% Procedure/ Comunicazione	50 % Strutturali 0% Tecnologici 50% Organizzativi 0% Procedure/ Comunicazione	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi	2	0%			
Eventi Sentinella	0	0%			


A) Legenda:

Near Miss: 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 Avverso: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente non intenzionale e non desiderabile

Evento Sentinella: Evento avverso di particolare gravità, che può provocare morte o grave danno al paziente

Nell'ultimo quinquennio non si sono verificati sinistri e non sono stati erogati risarcimenti relativi al rischio clinico.

	Documento integrato	GMC - PARS
	Piano annuale per il Rischio Sanitario	24/02/2024
		Pag. 6 di 13

1.3 Descrizione della posizione assicurativa


POSIZIONE ASSICURATIVA					
ANNO	POLIZZA DATA SCADENZA	COMPAGNIA	PREMIO	BROKER	FRANCHIGIE
2023	POLIZZA N. 325521Q ASSICURAZIONE R.C.T. E R.C.O	Sara Assicurazioni		/	MASSIMALI R.C.T. 2.000.000,00 per ogni sinistro con il limite di 2.000.000,00 per ogni persona danneggiata e 2.000.000,00 per danni materiali

Negli ultimi 5 anni non risultano aperti sinistri né di conseguenza erogati risarcimenti a fronte degli stessi.

1.4 Resoconto delle attività del PARS precedente (2023)

OBIETTIVI		
Descrizione	Realizzata Si/No (*)	Stato di attuazione
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.	SI	Effettuata formazione dicembre 2023 n. 21 operatori
Segnalazione, analisi e gestione degli eventi avversi	SI	Pars 2024
Implementazione dei Piani di Azione Locale Igiene delle mani	SI	Monitoraggio igiene delle mani. È stato strutturato un report per il monitoraggio dell'igiene delle mani. Nel 2023 sono state eseguite 2.013 osservazioni sulle seguenti figure professionali: Medico, OSS, Infermiere, Altro operatore. La percentuale di adesione risulta essere il 79,3%
Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo	SI	PROCEDURA: MEDICAZIONE E GESTIONE DEI CATETERI tipo PICC-MIDLINE e PICC-PORTH – rev.2 dicembre 2023 PROCEDURA: RISCHIO INFETTIVO CORRELATO ALL'ASSISTENZA – rev.1 ottobre 2023
Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA	SI	Periodo indagine: luglio 2023 I risultati in abstract sono stati presentati al congresso nazionale SICP (novembre 2023)

(*) Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività

	Documento integrato	GMC - PARS
	Piano annuale per il Rischio Sanitario	24/02/2024
		Pag. 7 di 13

2.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

Azione	Direttore Sanitario	RM	RICA	Responsabile Medico Dirigente	RSGQ
Redazione PARS e proposta di deliberazione	C	R	C	C	C
Adozione PARS con deliberazione	C	R	I	C	-
Diffusione PARS popolazione aziendale	I	I	I	-	R
Comunicazione PARS organi preposti (scad.28/02)	-	R	-	-	R
Monitoraggio PARS	C	R	I	R	I

R = RESPONSABILE: operatore che decide, dispone, esegue, verifica

C = COINVOLTO: operatore che informato, esegue, verifica

I = Informato: operatore informato

3.0 OBIETTIVI E ATTIVITA'

3.1 Obiettivi per la componente rischio clinico

Gli obiettivi strategici individuati sono i seguenti:

- 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/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;

3.2 Obiettivi per la gestione del rischio infettivo

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti

del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;

- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

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

4.0 ATTIVITA'

OBIETTIVI PER IL 2024

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
ATTIVITÀ 1 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori su rischio clinico e metodi di segnalazione		
INDICATORE Effettuazione di corsi di formazione sull'uso di antibiotici.		
STANDARD Svolgimento di un corso di formazione per medici e le caposala.		
FONTE RSGQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	RSGQ	DS
Pianificazione del corso di formazione sul buon uso degli antibiotici	R	C/I
Erogazione del corso di formazione	R	C/I
Verifica di efficacia	R	I

OBIETTIVO B) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
ATTIVITÀ 1 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulla corretta gestione della terapia antibiotica per la gestione delle infezioni nelle vie urinarie		
INDICATORE Effettuazione di corsi di formazione sull'uso di antibiotici.		
STANDARD Svolgimento di un corso di formazione per medici e le caposala.		
FONTE RSGQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	RSGQ	DS
Pianificazione del corso di formazione sul buon uso degli antibiotici	R	C/I
Erogazione del corso di formazione	R	C/I
Verifica di efficacia	R	I

OBIETTIVO C) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
ATTIVITÀ 1 - Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sulla corretta gestione della terapia antibiotica per la gestione delle infezioni accessi venosi centrali		
INDICATORE Effettuazione di corsi di formazione sull'uso di antibiotici.		
STANDARD Svolgimento di un corso di formazione per medici e le caposala.		
FONTE RSGQ		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	RSGQ	DS
Pianificazione del corso di formazione sul buon uso degli antibiotici	R	C/I
Erogazione del corso di formazione	R	C/I
Verifica di efficacia	R	I

OBIETTIVO D) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;			
ATTIVITÀ 1 – Segnalazione, analisi e gestione degli eventi avversi			
INDICATORE			
1. Segnalazione degli eventi tramite apposita modulistica di incident reporting			
STANDARD			
1. N. eventi segnalati (monitoraggio)			
2. Almeno un audit per analisi degli eventi			
FONTE RSGQ			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RSGQ	CURM	DS
Raccolta dati	C	I	R
Analisi Dei Dati relativi agli eventi	C	I	R
Presentazione relazione	C	I	R

OBIETTIVO E) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;			
ATTIVITÀ 1 – Organizzazione Audit interni			
INDICATORE Organizzazione Audit			
STANDARD Svolgimento audit			
FONTE RSGQ			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	RSGQ	CURM	DS
Organizzazione audit	R	I	C
Esecuzione degli audit interni	R	I	C
Diffusione del Verbale	R	I	C

OBIETTIVO F) 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 dei Piani di Azione Locale

INDICATORE

Attuazione e monitoraggio delle attività previste dai Piani di Azione Locale

STANDARD

Raggiungimento degli obiettivi entro il 31/12/2024

FONTI

RSGQ

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	RSGQ	DS
Autovalutazione	R	C/I
Monitoraggio	R	C/I
Verifica di efficacia	R	I

5.0 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";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n.8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione

del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;

9. Determinazione Regionale n.G04112 del 01 aprile 2014 recante “Approvazione del documento recante: ‘Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA)”;
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”;
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;
13. 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”;
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
15. 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”;
16. Nota prot. U0583694 del 17 novembre 2017 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali – Area Programmazione della Rete Ospedaliera e Risk Management recante “Adempimenti LEA 2017”;
17. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
18. Determinazione n. G01226 del 2 febbraio 2018 recante “Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017”.

19. Determinazione n. G00163 2019 del 11 gennaio 2019 "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
20. Comunicazione relativa all'elaborazione del PARM 2021 della Regione Lazio U0884520 del 15/10/2020.
21. Determinazione G00643 del 25/01/2022 della Regione Lazio avente ad oggetto l'adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS).

6.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997;
4. Reason J, Managing the risks of organization accidents, 1997;
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770;
6. Corrado Papa, Chiara Lozupone. La Legge Gelli-Bianco. Un momento ulteriore di riflessione verso un approccio sistemico Risk – Based;
7. Benci L., Bernardi A. et al.: Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Commentario alla legge 24/2017. Quotidiano Sanità edizioni, 2017;
8. Norme ISO 9001:2015 e 19011:2019
9. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione;
10. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp/lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza;
11. AHRQ Quality Indicators: Guide to Patient Safety Indicators <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/default.aspx>;
12. Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023) (GU Serie Generale n.23 del 29-01-21- Supplemento Ordinario n.7) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/01/29/21A00476/sq>.

ALLEGATO 1: PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 è stato adottato il documento "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".

Così come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2023, il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto programmato per mantenere il livello INTERMEDIO che "Rappresenta il livello minimo da garantire, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura" (**Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani**).

ATTIVITÀ 2024

ATTIVITÀ	OBIETTIVO	RESPONSABILE	DATA
Definizione del proprio livello di stato relativamente alle varie sezioni del Piano, in considerazione dei miglioramenti ottenuti e programmazione Attività al fine di raggiungere l'obiettivo proposto	INTERMEDIO / AVANZATO in tutte le Sezioni del Piano	Direzione Sanitaria	31/12/2024
Verifica con la Direzione Strategica dei requisiti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.		Direzione strategica	31/12/2024
Monitoraggio consumo gel idroalcolico	1 analisi	Responsabile magazzino	31/12/2024
Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani	1 osservazione	Caposala	31/12/2024
Iniziative di Sensibilizzazione e comunicazione per il personale e per Pazienti/Ospiti e familiari	1 evento	Direzione sanitaria Caposala Ufficio qualità	31/12/2024