

**Struttura Residenziale Socio Riabilitativa  
"Eunos" sas di Fabi Silvio & C.**

Via Napoli, 221-00076 LARIANO (RM) Tel.-FAX 069648167  
[www.eunos.it](http://www.eunos.it) pec: [eunossas@pec.it](mailto:eunossas@pec.it) email :[fabisilvio@alice.it](mailto:fabisilvio@alice.it)  
P.IVA 06396681006

# **PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023**

# INDICE

<b>1. Contesto organizzativo</b>	.....
<b>2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati</b>	.....
<b>3. Descrizione della posizione assicurativa</b>	.....
<b>4. Resoconto delle attività del Piano precedente</b>	.....
<b>5. Matrice delle responsabilità</b>	.....
<b>6. Obiettivi e attività</b>	.....
6.1 Obiettivi	.....
6.2 Attività	.....
<b>7. Modalità di diffusione del documento</b>	.....
<b>8. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi</b>	.....

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Società "EUNOS" è una Organizzazione che opera da molti anni nella realizzazione e gestione di servizi socio sanitari residenziali psichiatrici. Il core business dell'Azienda è la gestione di servizi sociosanitari e socio assistenziali riabilitativi. La Società, al fine del presente documento, gestisce le seguenti attività:

La Struttura afferisce al Distretto Sanitario della ASL Roma 6. Opera essenzialmente nel territorio della Provincia di Roma ed in particolare nell'Ambito della ASL Roma 6. Su tale territorio e precisamente a Lariano (Roma) in via Napoli 221, è presente la SRSR EUNOS accreditata e convenzionata con DCA n° U00028 del 23/01/2015.

La Società è iscritta alla Camera di Commercio di Roma al REA numero RM-967756. Il numero della Partita Iva e Codice Fiscale è 06396681006. La Posta certificata aziendale è eunossas@pec.it; il telefono della SRSR EUNOS è il numero 06 964 81 67; il sito web istituzionale è [www.eunos.it](http://www.eunos.it). Il core business dell'Azienda è la gestione di servizi sociosanitari e socio riabilitativi, la Società, al fine del presente documento, gestisce la seguente attività:

- Struttura Residenziale Socio Riabilitativa h 24: EUNOS, sita in via Napoli 221, 00076 Lariano (Roma) Accreditata per 10 posti letto con DCA n° U00028 del 23/01/2015.

Contatto: Tel.06 9648167                      mail: [info@eunos.it](mailto:info@eunos.it)

**Tabella 1 – Dati Strutturali**

<b>EUNOS sas SRSR h24</b>			
<b>DATI STRUTTURALI</b>			
<b>ASL territorialmente competente</b>		ASL RM6	
<b>Posti letto</b>	10	<b>Riabilitazione Psichiatrica</b>	10
<b>DATI DI ATTIVITÀ</b>			
<b>Giornate di degenza</b>	365	<b>Prestazioni ambulatoriali</b>	NA
<b>Prestazioni domiciliari</b>	NA		

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) della EUNOS SAS è stato istituito il 15 Gennaio 2020, ed è oggi così composto:

Presidente CCICA	Dott. Pierluigi Lanzotti
Risk Manager	Matteo Lisi
Direttore Sanitario	Dott. Pierluigi Lanzotti
Referente infermieristico I.P.	Matteo Lisi
Componente R-FORM	Dott.ssa Nicoletta Barra

Il CCICA ha il compito di vigilare e di presidiare tutti gli aspetti relativi alla sorveglianza e al controllo delle infezioni trasmissibili in ambito assistenziale, nonché di supportare le attività e promuovere le best practice finalizzate al loro contenimento. Le attività si esplicano attraverso la verifica di tutti i casi rilevabili dal sistema di sorveglianza dei Laboratori Analisi, dai sistemi di sorveglianza attiva (messi in essere secondo protocolli specifici presso alcuni settori di ricovero), nonché dai sistemi di sorveglianza obbligatori, previsti da circolari ministeriali, quali la sorveglianza della Tuberculosis, della Legionellosi e delle infezioni causate da alcuni germi multi-resistenti.

Il CCICA si occupa, altresì, di diffondere la cultura sanitaria dell'utilizzo corretto degli antibiotici, in comunione con Antimicrobial Stewardship si propone di applicare i criteri di evidence based medicine sull'utilizzo corretto e razionale dell'antibiotico-terapia al fine di ridurre il rischio di selezione e reificazione di ceppi batterici multiresistenti.

Per quanto concerne il controllo delle infezioni e l'utilizzo di farmaci antibiotici, NON si è riscontrata la necessità di utilizzo della classe dei carbapenemi: tanto esclude che si possa aver sostenuto la patogenesi di una resistenza batterica a quella classe di antibiotici.

L'Azienda considerate le dimensioni dell'attività e la specifica tipologia degli interventi realizzati all'interno delle strutture ha ritenuto, anche in considerazione degli specifici profili professionali, di delegare al gruppo UVR il controllo delle ICA atteso peraltro che tale attività si ritiene collegata alla gestione del rischio clinico.

L'Unità di Valutazione del Rischio clinico (UVR) è un organo collegiale composto da:

- Risk Manager ;
- Direttore Sanitario della struttura residenziale;
- Direzione amministrativa.

L'UVR, al fine di approfondire quanto elaborato dalla Regione in tema di ICA si è riunita in apposita riunione individuando quali azioni operative da implementare:

- programmare una riunione semestrale dell'UVR in via ordinaria salvo effettuare riunioni specifiche nel caso si rilevassero elementi che richiedano interventi tempestivi per affrontare eventuali ICA;
- revisionare le procedure e le istruzioni operative che impattano sul rischio di ICA al fine, se necessario, adeguarle a mutate attività sanitarie o prescrizioni normative;
- programmare adeguate sessioni formative per il personale in relazione alle diverse funzioni svolte nelle strutture.

## **2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**

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

Atteso che nell'anno 2022 si è evidenziato 1 evento avverso come si evince dalla tabella sotto riportata, sono stati riscontrati 3 eventi sentinella, tutti in seno ad episodi di caduta accidentale di pazienti. Essi sono stati oggetto di discussione interna al fine di elaborare un piano correttivo applicabile nell'immediato. Al fine di

ottemperare a tale obbligo viene predisposta la seguente tabella e la conseguente relazione che dettaglia i risultati ottenuti:

**Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2022 (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	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
<b>Near Miss</b>	0	0	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (%) Procedure/ Comunicazione (%) Assistenza (25%) Altro (75%)	Strutturali (%) Tecnologiche (25%) Organizzative (%) Procedure/ Comunicazione (%) Assistenza (50%) Altro (25%)	Sistemi di reporting (100%)
<b>Eventi Avversi</b>	1	0			
<b>Eventi Sentinella</b>	3	3			

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una tabella sul modello di quella di seguito riportata (Tabella 3), che potrà eventualmente essere modificata sulla base di specifiche e motivate esigenze nel rispetto dei contenuti minimi in esso riportati:

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

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati
<b>2018</b>	0	0
<b>2019</b>	0	0
<b>2020</b>	0	0
<b>2021</b>	0	0
<b>2022</b>	0	0
<b>Totale</b>	0	0

### 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

**Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa**

Anno	Polizza (scadenza)	Rateizzazione (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio (periodo)
<b>2020</b>	02/07/2021	Annuale	Generali	3.500,00 (annuale)
<b>2021</b>	03/07/2022	Annuale	Generali	3.500,00 (annuale)
<b>2022</b>	18/04/2023	Semestrale	Sara	1.500,00 (semestrale)

## 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi ed il mantenimento dello standard di qualità interno alla struttura, l'azienda ha programmato per lo scorso anno - in seno alla stesura del PARS 2022 - il seguente piano di attività specifiche:

**Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente**

<b>Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 1</b> Progettazione ed esecuzione, in due sessioni, di un "Corso Avanzato di Gestione Del Rischio Clinico: stato di necessità e Legge 833/1978" I EDIZIONE	Sì	<p>È stato svolto un corso in due sessioni (cadenza semestrale) caratterizzato dalla presentazione delle principali linee guida sulla gestione del rischio clinico nel paziente affetto da patologia psichiatrica. Il corso è stato reso disponibile sia in presenza che online, fruibile a tutti gli operatori sanitari della Struttura.</p> <p>È stata creata, al termine, una tavola rotonda di confronto atta alla definizione di un nuovo protocollo condiviso sulla gestione del rischio clinico, a disposizione degli Operatori della Struttura.</p>
<b>Attività 2</b> Progettazione e realizzazione del corso di formazione per gli operatori sul rischio clinico in Azienda. Due sessioni formative su "La cultura della prevenzione del rischio clinico", delle quali una incentrata sulla prevenzione del rischio suicidale e l'altra sulla prevenzione delle infezioni associate all'assistenza clinica.	SI	<p>È stato svolto un corso caratterizzato dalla presentazione delle principali linee guida sulla gestione del rischio specifico di agiti anticonservativi e della gestione del paziente a rischio suicidio. Il corso è stato reso disponibile sia in presenza che online, fruibile a tutti gli operatori sanitari della Struttura.</p> <p>Il corso è stato suddiviso in:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sezione teorica ove sono state riportate le principali definizioni condivise dagli Organi Competenti internazionali;</li> <li>- sezione pratica caratterizzata dalla presentazione di scale validate dalla comunità internazionale sulla standardizzazione del rischio suicidio, e dall'applicazione su casi clinici.</li> </ul> <p>È stata creata, al termine, una tavola rotonda di confronto atta alla definizione di un nuovo protocollo condiviso sulla gestione del rischio clinico, a disposizione degli Operatori della Struttura.</p>

<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</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 1</b> Revisione e verifica della Procedura "Consenso informato". III EDIZIONE	Sì	<p>Revisione del modulo per l'acquisizione e il ritiro del consenso informato per persone capaci ed amministrare.</p> <p>Definizione della modulistica per accettazione o rifiuto di indagini strumentali di secondo e terzo livello.</p> <p>È stata creata, al termine, una tavola rotonda di confronto atta alla definizione di un nuovo protocollo condiviso sulla gestione del rischio clinico, a disposizione degli Operatori della Struttura.</p>
<b>Attività 2</b> Il ruolo della comunicazione all'interno dell'organico di Struttura. Implementazione del sistema comunicativo interno.	SI	<p>Revisione delle procedure di comunicazione interna con la definizione delle figure di supervisione (Risk Manager e Responsabile Sanitario).</p> <p>Consolidamento di un sistema tracciabile di comunicazione e consegne secondo le linee procedurali condivise.</p>

<b>Obiettivo C) 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</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 1</b> Progettazione ed esecuzione di una sessione formativa su "sensibilizzazione igiene delle mani", monitoraggio permanente dell'adesione del personale.	Sì	Monitoraggio permanente dell'adesione al Piano Regionale Sull'Igiene delle Mani, come allegato a questo Documento.

<b>Obiettivo D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 1</b> Progettazione ed esecuzione di una sessione formativa su “sensibilizzazione sul corretto uso degli antibiotici”, monitoraggio permanente dell’adesione del personale.	Sì	È stato svolto un corso caratterizzato dalla presentazione delle principali linee guida sulla gestione del rischio infettivo e sull’uso della terapia antibiotica appropriata. Il corso è stato reso disponibile sia in presenza che online, fruibile a tutti gli operatori sanitari della Struttura.  È stata creata, al termine, una tavola rotonda di confronto atta alla definizione di un nuovo protocollo condiviso sull’uso e la prescrizione appropriata degli antibiotici, a disposizione degli Operatori della Struttura.

Insieme l’azienda si è dotata dei seguenti strumenti:

- Mappatura dei rischi: analisi delle segnalazioni pervenute tramite Incident Reporting o altre modalità di comunicazione, processo interno di auditing, monitoraggio delle cartelle cliniche al fine di verificare della qualità della documentazione sanitaria, analisi dei Reclami, analisi del Contenzioso, analisi del fenomeno infortunistico;
- Revisione della modulistica specifica;
- Introduzione di Buone Pratiche secondo riferimenti regionali, nazionali ed internazionali;

## 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Il Direttore Sanitario, nonché l’equipe medica responsabile della struttura, si è occupato della redazione del PARS, in collaborazione con le figure di riferimento (Risk Manager), con la Direzione Amministrativa e con la proprietà. Nel corso dell’anno solare, le suddette figure si renderanno responsabili del monitoraggio delle attività proposte al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati, nel loro svolgimento e nella raccolta del feedback di adesione e gradimento. Il Risk Manager si occuperà delle necessarie azioni utili all’adozione di quanto previsto dal presente documento.

**Tabella 6 – Matrice delle responsabilità**

<b>Azione</b>	<b>Direttore Sanitario/ Medico Responsabile</b>	<b>Risk Manager</b>	<b>Direttore Generale/Proprietà</b>	<b>Strutture di supporto</b>
<b>Redazione PARS</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>-</b>
<b>Adozione PARS</b>	<b>I</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>-</b>
<b>Monitoraggio PARS</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>

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



## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 6.1 Obiettivi

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione 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;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

### 6.2 Attività

*Tabella 7 – Esempio di declinazione di un'attività*

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE ANCHE IN RELAZIONE AL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di un Corso specifico di "Gestione Del Rischio di Aggressione ai danni dell'operatore sanitario in psichiatria: la de-escalation e il rapporto con il paziente agitato".		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2023		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I
ATTIVITÀ 2 – Definizione dei fattori predittivi e di rischio specifici del Rischio Caduta nel paziente psichiatrico.		
INDICATORE Definizione di un protocollo interno di identificazione dei fattori di rischio e di azione preventiva.		
STANDARD Redazione del piano di azione individuale.		
FONTE Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Direzione Sanitaria
Progettazione del PAI	C	R
Diffusione del PAI	R	C
Esecuzione del PAI	C	R

<b>ATTIVITÀ 3</b> – Redazione procedura “corretta prevenzione e gestione dell’evento avverso”.		
<b>INDICATORE</b> Formazione del personale sulla corretta prevenzione e gestione dell’evento avverso.		
<b>STANDARD</b> Formazione personale > 80%		
<b>FONTE</b> Direzione sanitaria		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione sanitaria</b>
Definizione procedura	C	R
Condivisione procedura	R	C
Monitoraggio procedura	R	C

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> – Aggiornamento procedura Prevenzione degli errori da terapia farmacologica		
<b>INDICATORE</b> Aggiornamento della formazione specifica su “prevenzione degli errori da terapia farmacologica”		
<b>STANDARD</b> Definizione della procedura aggiornata		
<b>FONTE</b> Direzione Sanitaria		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
Revisione della procedura	C	R
Programmazione della formazione	R	I
Esecuzione della formazione	C	R
<b>ATTIVITÀ 2</b> – Monitoraggio e raccolta degli Eventi Caduta		
<b>INDICATORE</b> Nell’anno 2022 sono stati segnalati 3 Eventi Caduta		
<b>STANDARD</b> Numero Eventi Caduta nel 2023 < 5		
<b>FONTE</b> Risk Manager		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>UO Formazione</b>
Compilazione Schede	C	R
Raccolta Schede	R	C
Comunicazione Schede	R	C
<b>ATTIVITÀ 3</b> – Miglioramento e sensibilizzazione delle reti assistenziali, attraverso il coinvolgimento delle famiglie nel progetto riabilitativo del paziente psichiatrico		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di gruppi di psicoeducazione e sensibilizzazione		
<b>STANDARD</b> Esecuzione del gruppo		
<b>FONTE</b> Responsabile R-FORM		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>		
<b>Azione</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>	<b>UO Formazione</b>
Organizzazione del gruppo	R	R
Coordinamento del gruppo	C	R
Raccolta dei feedback	C	R

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

<b>OBIETTIVO C) 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;</b>		
<b>ATTIVITÀ 1 – Adesione al Progetto Regionale</b>		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione Questionario di Autovalutazione		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> Direzione Sanitaria		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
Esecuzione del Questionario	C	R
Identificazione degli interventi correttivi	C	R
Monitoraggio dell'adesione	R	C
<b>ATTIVITÀ 2 – Formazione del personale sulle corrette procedure di igienizzazione e lavaggio delle mani</b>		
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2023		
<b>STANDARD</b> Formazione del personale 100%		
<b>FONTE</b> Risk Manager		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Direzione Sanitaria Risk manager</b>	<b>UO Formazione</b>
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

<b>OBIETTIVO D) PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).</b>		
<b>ATTIVITÀ 1 – Mantenimento delle politiche vigenti per la tracciabilità ed il controllo della terapia antibiotica</b>		
<b>INDICATORE</b> Tracciabilità delle prescrizioni antibiotiche e dell'appropriatezza		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> Direzione Sanitaria		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Direzione Sanitaria</b>
Aggiornamento della procedura di tracciabilità e di appropriatezza della prescrizione antibiotica	C	R
Monitoraggio periodico della prescrizione di antibiotici	C	R
Raccolta delle prescrizioni antibiotiche	R	C

<b>ATTIVITÀ 2</b> – Monitoraggio di indicatori specifici di infezione, il rischio infettivo in un regime assistenziale di SRSR h24		
<b>INDICATORE</b> Definizione di indicatori specifici di infezione e loro previsione		
<b>STANDARD</b> SI		
<b>FONTE</b> Risk Manager		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Direzione Sanitaria Risk manager</b>	<b>UO Formazione</b>
<b>Definizione della ricerca</b>	R	C
<b>Raccolta dati</b>	C	R
<b>Presentazione dei dati</b>	R	I

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

## 7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

- Pubblicazione sul sito web istituzionale [www.eunos.it](http://www.eunos.it);
- Presentazione all'Organo di amministrazione della Società;
- Presentazione agli Operatori della struttura;
- Rilascio copia alla Direzione sanitaria della struttura

## 8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

### 8.1 Bibliografia

1. A cura di Dipartimento della Qualità, Direzione generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III- Ministero della Salute-, Manuale per la Formazione degli Operatori Sanitari;
2. Barbiero Roberto, De Masi Ercole, Sirotti Gaudenzi Andrea: Rischio Clinico e mediazione del contenzioso giudiziario; Maggioli Editori, 2013;
3. Barresi Gustavo, Il rischio clinico nelle aziende ospedaliere. Strumenti di analisi e profili di gestione; Franco Angeli Editore, 2014;
4. Bizzarri Giancarlo, Farina Massimo: Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie. Approcci, modalità, strumenti e risultati; Franco Angeli Editore, 2012;
5. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
6. Circolare Ministeriale n.8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
7. 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”;
8. 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”.
9. 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”;
10. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
11. 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”;
12. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81, integrato con il Decreto legislativo n.106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
13. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
14. 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”;
15. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;

16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017;
17. Determinazione Regionale n.G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";
18. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995;
19. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
20. Fiorani Matteo, Forgeschi Guglielmo, La gestione del rischio clinico. Dalla consapevolezza alla sicurezza; LA Feltrinelli, 2009;
21. 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;
22. 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";
23. Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo2008-2013"
24. Luca Benci, Alessia Bernardi, Alberto Fiore, Tiziana Frittelli, Vittorio Gasparrini, Maurizio Hazan, Pietro Martinengo, Daniele Rodriguez, Walter Rossi, Riccardo Tartaglia, Alberto Tita "Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria" Commentario alla Legge 24/2017; Quotidiano Sanità Edizioni, Marzo 2017;
25. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 -DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento;
26. 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;
27. 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;
28. Reason J, Carthey J, de Leval MR, Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective Risk management; 2001; Quality in health care; Dec; 10 Suppl 2; 21-51;
29. Reason J, Human errors: models and management, 2000 BMJ; 320;
30. Rigby K, Clark RB, Runcinean WB: Adverse events in healt care: setting priorities based on economic Evaulation; 1999; J Qual Clin Practice,19:7-12;
31. Rosenthal MM, Sutcliffe KMeds; Medical error. What do we know? What do we do?; 2002 Jossey Bass;
32. 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";
33. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008;

34. Vincent C; Clinical Risk Management Enhancing patient safety; II Ed. London 2001; BMJ Publications;

## 8.2 Sitografia

1. <http://95.110.213.190/PNEed13/index.php?action=login>
2. <http://pathways.nice.org.uk/>
3. <http://www.cineas.it/n/raccomandazioni-siquas-sull-audit-clinico-706-n°htm>;
4. [http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI\\_TechSpec.aspx](http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PSI_TechSpec.aspx);
5. [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=23&area=qualita&menu=formazione)
6. [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=250&area=qualita&menu=sicurezza)
7. <http://www.slowmedicine.it/>;
8. [www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente](http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente);
9. [www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm](http://www.ahrq.gov/qual/errorsix.htm);
10. [www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf](http://www.ashrm.org/asp/home/PDF/whitepaper.pdf)
11. [www.cnoris.com](http://www.cnoris.com);
12. [www.esqh.net](http://www.esqh.net)
13. [www.isqua.org.au/](http://www.isqua.org.au/)
14. [www.quic.gov/report/index.htm](http://www.quic.gov/report/index.htm)
15. [www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf](http://www.safetyandquality.org/pdfs/firstreport.pdf)
16. [www.sivrq.com](http://www.sivrq.com)(SocietàItalianaperlaQualitàdell'AssistenzaSanitaria);

**Struttura Residenziale Socio Riabilitativa  
"Eunos" sas di Fabi Silvio & C.**

Via Napoli, 221-00076 LARIANO (RM) Tel.-FAX 069648167

[www.eunos.it](http://www.eunos.it) pec: [eunossas@pec.it](mailto:eunossas@pec.it) email : [fabisilvio@alice.it](mailto:fabisilvio@alice.it)

P.IVA 06396681006

# **PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI**



**Struttura Residenziale Socio Riabilitativa  
"Eunos" sas di Fabi Silvio & C.**

Via Napoli, 221-00076 LARIANO (RM) Tel.-FAX 069648167  
[www.eunos.it](http://www.eunos.it) pec: [eunossas@pec.it](mailto:eunossas@pec.it) email :[fabisilvio@alice.it](mailto:fabisilvio@alice.it)  
P.IVA 06396681006

## **INDICE**

- 1. Introduzione**
- 2. Sezione A – Requisiti Strutturali E Tecnologici**
- 3. Sezione B – Formazione Del Personale**
- 4. Sezione C – Valutazione, Monitoraggio E Feedback**
- 5. Sezione D – Comunicazione Permanente**
- 6. Sezione E – Clima Organizzativo E Commitment**

**Struttura Residenziale Socio Riabilitativa  
"Eunos" sas di Fabi Silvio & C.**

Via Napoli, 221-00076 LARIANO (RM) Tel.-FAX 069648167  
[www.eunos.it](http://www.eunos.it) pec: [eunossas@pec.it](mailto:eunossas@pec.it) email :[fabisilvio@alice.it](mailto:fabisilvio@alice.it)  
P.IVA 06396681006

## Introduzione

Riportiamo qui di seguito i risultati ottenuti al questionario di autovalutazione in merito al piano di azione locale per l'implementazione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani, e relativi commenti.

### SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?</b>	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	50
<b>A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?</b>	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva	10
<b>A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?</b>	NO	0
	SÌ	10
<b>A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?</b>	NO	0
	SÌ	15
<b>A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?</b>	NO	0
	Sì	15

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

**Struttura Residenziale Socio Riabilitativa  
"Eunos" sas di Fabi Silvio & C.**

Via Napoli, 221-00076 LARIANO (RM) Tel.-FAX 069648167  
[www.eunos.it](http://www.eunos.it) pec: [eunossas@pec.it](mailto:eunossas@pec.it) email : [fabisilvio@alice.it](mailto:fabisilvio@alice.it)  
 P.IVA 06396681006

**SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE**

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>B.1 Formazione degli operatori sanitari</b>		
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Mai	0
	Una tantum	5
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	20
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	0
	SÌ	20
<b>B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali</b>		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	SÌ	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	SÌ	5
<b>B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?</b>	NO	0
	SÌ	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	SÌ	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	10

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

**Struttura Residenziale Socio Riabilitativa  
"Eunos" sas di Fabi Silvio & C.**

Via Napoli, 221-00076 LARIANO (RM) Tel.-FAX 069648167  
[www.eunos.it](http://www.eunos.it) pec: [eunossas@pec.it](mailto:eunossas@pec.it) email :[fabisilvio@alice.it](mailto:fabisilvio@alice.it)  
 P.IVA 06396681006

**SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK**

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)</b>	NO	0
	SÌ	10
<b>C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?</b>		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
<b>C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani</b>		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SÌ	5
<b>C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani</b>		
<b>NB:</b> Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
≥ 81%	30	
<b>C.5 Feedback</b>		
C.5.1 <b>Feedback immediato:</b> al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SÌ	5
C.5.2 <b>Feedback sistematico:</b> viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SÌ	7.5
C.5.3 <b>Feedback sistematico:</b> viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	SÌ	7.5

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

**Struttura Residenziale Socio Riabilitativa  
"Eunos" sas di Fabi Silvio & C.**

Via Napoli, 221-00076 LARIANO (RM) Tel.-FAX 069648167  
[www.eunos.it](http://www.eunos.it) pec: [eunossas@pec.it](mailto:eunossas@pec.it) email :[fabisilvio@alice.it](mailto:fabisilvio@alice.it)  
 P.IVA 06396681006

**SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE**

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?</b>		
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7.5
	Esposti in tutti I reparti/dipartimenti (100%)	10
<b>D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?</b>	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
<b>D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?</b>	NO	0
	Sì	10
<b>D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?</b>	NO	0
	Sì	10
<b>D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?</b>	NO	0
	Sì	15

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

**Struttura Residenziale Socio Riabilitativa  
"Eunos" sas di Fabi Silvio & C.**

Via Napoli, 221-00076 LARIANO (RM) Tel.-FAX 069648167  
[www.eunos.it](http://www.eunos.it) pec: [eunossas@pec.it](mailto:eunossas@pec.it) email: [fabisilvio@alice.it](mailto:fabisilvio@alice.it)  
 P.IVA 06396681006

**SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:</b>		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
<b>E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?</b>		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SÌ	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	5
<b>E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?</b>	NO	0
	SÌ	10
<b>E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?</b>		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
<b>E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:</b>		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	10
<b>E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:</b>		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	5

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

**Struttura Residenziale Socio Riabilitativa  
"Eunos" sas di Fabi Silvio & C.**

Via Napoli, 221-00076 LARIANO (RM) Tel.-FAX 069648167  
[www.eunos.it](http://www.eunos.it) pec: [eunossas@pec.it](mailto:eunossas@pec.it) email: [fabisilvio@alice.it](mailto:fabisilvio@alice.it)  
P.IVA 06396681006

### Sezione A – Requisiti Strutturali E Tecnologici

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

Dall'analisi dei risultati del questionario, e dal monitoraggio permanente, emerge un livello AVANZATO di adesione a Piano. Non sono richiesti ulteriori adeguamenti, rimane il monitoraggio degli standard.

### Sezione B – Formazione Del Personale

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

Dall'analisi dei risultati del questionario, e dal monitoraggio permanente, emerge un livello AVANZATO di adesione a Piano. Non sono richiesti ulteriori adeguamenti, rimane il monitoraggio degli standard.

### Sezione C – Valutazione, Monitoraggio E Feedback

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

Dall'analisi dei risultati del questionario, e dal monitoraggio permanente, emerge un livello INTERMEDIO di adesione a Piano. Nonostante non sia richiesto un adeguamento entro la fine dell'anno in corso, la Struttura si propone di lavorare al fine di implementare i punti di maggiore vulnerabilità emersi dal questionario:

- Creazione di un apposito sistema di feedback immediato e sistematico che preveda la definizione di uno strumento di comunicazione permanente, regolare e standardizzato sull'adesione e la percezione degli operatori in merito al Piano per l'igiene delle mani. Esso sistema si fonderà sulla somministrazione di questionari specifici e sulla comunicazione interna alla struttura.

### Sezione D – Comunicazione Permanente

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

Dall'analisi dei risultati del questionario, e dal monitoraggio permanente, emerge un livello INTERMEDIO di adesione a Piano. Nonostante non sia richiesto un adeguamento entro la fine dell'anno in corso, la Struttura si propone di lavorare al fine di implementare i punti di maggiore vulnerabilità emersi dal questionario:

- Creazione e diffusione di opuscoli e poster specifici utili alla sensibilizzazione.

**Struttura Residenziale Socio Riabilitativa  
"Eunos" sas di Fabi Silvio & C.**

Via Napoli, 221-00076 LARIANO (RM) Tel.-FAX 069648167  
[www.eunos.it](http://www.eunos.it) pec: [eunossas@pec.it](mailto:eunossas@pec.it) email :[fabisilvio@alice.it](mailto:fabisilvio@alice.it)  
P.IVA 06396681006

**Sezione E – Clima Organizzativo E Commitment**

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

Dall'analisi dei risultati del questionario, e dal monitoraggio permanente, emerge un livello INTERMEDIO di adesione a Piano. Nonostante non sia richiesto un adeguamento entro la fine dell'anno in corso, la Struttura si propone di lavorare al fine di implementare i punti di maggiore vulnerabilità emersi dal questionario:

- Definizione di figure "promotrici";
- Promozione di nuovi strumenti di formazione interna.