

# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

## **Contenuti:**

### **Premessa**

- A1 Contesto organizzativo**
- A2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati**
- A3 Descrizione della posizione assicurativa**
- A4 Resoconto delle attività del Piano precedente**
- A5 Matrice delle Responsabilità**
- A6 Obiettivi e Attività**
  - A6.1 Obiettivi**
  - A6.2 Attività**
- A7 Obiettivi e Attività per la Gestione del Rischio Infettivo**
  - A7.1 Obiettivi**
  - A7.2 Attività**
- A8 Modalità di diffusione del documento**
- A9 Bibliografia, Sitografia e Riferimenti Normativi**

## **PREMESSA**

La Gestione del Rischio Clinico (GRC) rappresenta l'insieme di varie azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza dei pazienti.

L'ICC Istituto Clinico Casalpallocco ha adottato un sistema di coordinamento aziendale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente, con il monitoraggio degli eventi avversi attraverso l'introduzione di strumenti di raccolta, identificazione, analisi e valutazione del rischio, la diffusione delle informazioni relative alla prevenzione degli incidenti, nonché un sistema di rilevazione dei dati relativi ai sinistri ed al contenzioso.

L'impegno per la sicurezza dei pazienti si concretizza nel perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Identificare i rischi di incidenti che possono danneggiare i pazienti
- effettuare analisi e valutazione dei rischi individuando le criticità più gravi e gli errori più frequenti
- adottare misure di prevenzione adeguate per far fronte ai rischi rilevati
- adottare pratiche condivise e procedure volte alla prevenzione di eventi avversi o sentinella

L'ICC ha svolto una intensa attività nella gestione del rischio clinico attraverso l'implementazione di protocolli sanitari sulla gestione della:

- corretta igiene delle mani degli operatori per il controllo e la prevenzione delle infezioni ospedaliere con l'introduzione del gel alcolico
- corretta identificazione del paziente attraverso l'utilizzo del braccialetto identificativo
- misura e gestione del dolore
- prevenzione delle cadute
- prevenzione degli errori nel processo trasfusionale
- prevenzioni di atti di violenza a carico di operatori sanitari
- prevenzione del suicidio del paziente in ospedale
- sicurezza in sala operatoria (check list personalizzata)
- sicurezza in sala di emodinamica (check list personalizzata)

La struttura adotta un programma di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio clinico ed è orientata alla costante e continua formazione del personale, attraverso specifici corsi di formazione e di aggiornamento oltre alla partecipazione ad eventi formativi a livello nazionale.

# PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022

Documento  
del  
28.02.2022

## A1 Contesto organizzativo

L'Istituto Clinico Cardiologico (ICC), struttura di GVM Care & Research, primario gruppo sanitario operante in diverse regioni e caratterizzato per la sua specializzazione nel settore cardiovascolare, è una struttura sanitaria, ultimata nel 2005 e regolarmente autorizzata con determina Regione Lazio del 2010/03/2010 n. D0961 del 05/03/2010.

La Regione Lazio ha autorizzato l'ICC alla rimodulazione dei posti letto e all'ampliamento funzionale di branche specialistiche ambulatoriali con la determinazione G02362 del 04 marzo 2019.

La struttura ha cambiato denominazione divenendo "Istituto Clinico Casalpalocco" con lo scopo di modificare la connotazione prettamente cardiologica, mantenendo lo stesso acronimo.

ICC svolge la propria attività nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 3, in un territorio di 517 kmq, con un ipotetico bacino d'utenza di oltre 600.000 abitanti.

Fino alla data del 18 marzo 2020, ICC disponeva di 92 posti letto per ricoveri di diagnosi e cura, in regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery relative alle seguenti funzioni sanitarie:

- Cardiochirurgia
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Vascolare
- Riabilitazione cardiologica
- Angiologia
- UTI
- UTIC
- e alle seguenti nuove specialità:
- Ortopedia
- Chirurgia Generale
- Chirurgia Urologica
- Chirurgia Plastico-ricostruttiva
- Otorinolaringoiatria
- Ginecologia
- Neurochirurgia
- Riabilitazione Respiratoria

DATI STRUTTURALI		Fonte del dato: Direzione Sanitaria	
Posti letto totali	92 (80 + 8 UTI + 4 UTIC)	Sala TC	1
Sale operatorie	4	Sala Radiologia	1
Sale Angiografiche	3	Terapia intensiva	8 pl (di cui 1 isolato)
Sala RMN	1	UTIC	4 pl (di cui 1 isolato)

ICC era inoltre autorizzata per le seguenti attività ambulatoriali:

- Diagnostica per Immagini
- Cardiologia
- Cardiochirurgia
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Vascolare





# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

- Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
  - Chirurgia Generale
  - Gastroenterologia
  - Ginecologia
  - Medicina Interna
  - Neurochirurgia
  - Ortopedia
  - Otorinolaringoiatria
  - Urologia
- ICC nasce come struttura sanitaria del Gruppo Villa Maria Care & Research, da cui trae il consolidato Know How, per il trattamento delle patologie cardiovascolari.
- In seguito all'autorizzazione all'attività specialistica sono state avviate nel corso del 2019 attività ambulatoriali di Chirurgia Generale, Chirurgia Plastica, Gastroenterologia, Medicina Interna, Neurochirurgia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria e Urologia.
- L'Istituto Clinico Cardiologico, di 80 posti letto distribuiti architettonicamente su due piani e su due separate ali. Ciascuna stanza dispone di due letti di degenza e di bagno interno. Sono presenti 4 camere singole.
- L'area critica è suddivisa in un reparto intensivo composto da 8 posti letto di terapia intensiva di cui uno in isolamento e 4 posti letto di terapia intensiva cardiologica, di cui uno in isolamento. Il blocco operatorio dispone da 4 sale operatorie con centrale di sterilizzazione annessa.
- Il dipartimento di diagnostica per immagini è organizzato in tre sale di emodinamica, radiologia digitale, sala RMN 1.5 Tesla dotata anche di protocollo cardio - RMN, sala TC 128 strati dotata anche di protocollo cardio - TC e di protocollo ASIR (protocollo di riduzione della dose).
- La struttura ospedaliera costituisce un centro in grado di garantire il Ciclo Cuore e Polmone, quindi di dare completezza al percorso di cura attraverso le attività del Dipartimento di Cardiologia con annessa cardiologia interventistica, con il Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, il servizio di bronco-pneumologia, il Servizio di Anestesia, l'Unità di Rianimazione e Terapia Intensiva post operatoria e la Terapia Intensiva Cardiologica, tutte operanti 24 ore su 24. Il Dipartimento può quindi sostenere tutte le attività di area critica, comprese le assistenze meccaniche circolatorie.
- Dopo l'acquisizione delle apparecchiature e strumentazione dedicata, è stata avviata l'attività chirurgica di Ortopedia, Ginecologia, Chirurgia Generale e Chirurgia Plastica.

A partire da marzo 2020 per ICC è iniziato un grande cambiamento. Per rispondere alla pandemia Covid 19, la Regione Lazio ha ritenuto necessario attuare un piano che permetta un progressivo adeguamento della risposta sanitaria utilizzando le strutture attive e ridisegnando, per il tempo necessario alla gestione dell'emergenza, la rete assistenziale.

Per la gestione dei casi confermati di COVID-19 si rendeva necessario impostare un sistema di Rete Hub and Spoke, che consentisse di disporre di oltre 2000 posti letto di degenza ordinaria multidisciplinare pronti e utilizzabili e circa 500 posti letto di terapia intensiva, con ulteriori margini di attivazione.

## PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022

Documento  
del  
28.02.2022

Gli ospedali HUB sono destinati a gestire i casi di maggior impegno clinico e assistenziale, gli ospedali SPOKE sono strutture destinate alla gestione di casi COVID-19 a minor impegno e collegati con l'HUB di riferimento per la consulenza infettivologica.

Gli ospedali SPOKE costituiscono al loro interno team multidisciplinari che operano in stretto raccordo con i team degli ospedali HUB.

È previsto che l'Ares 118 adatti la propria rete alla rete COVID-19 differenziando al triage i pazienti sospetti nei diversi livelli di rete.

La richiesta di trasferimento dei pazienti avviene tramite piattaforma dedicata gestita dall'Ares 118 con il coordinamento della task-force regionale.

Area	Hub	Spoke
A	Gemelli-Columbus	Villa Aurora, IDI, San Paolo (Civitavecchia)
B	Sant'Andrea	San Filippo Neri, San Pietro FBF, Coniugi Bernardini (Palestrina)
C	Policlinico Tor Vergata	Pertini, Nuova Annunziatella, Regina Apostolorum (Albano), Ospedale dei Castelli
D	Policlinico Umberto I	C.d.C Vannini
E	INMI Spallanzani	Celio, Istituto Clinico Cardiologico, San Camillo Forlanini, Campus Biomedico, Israelitico, Grassi (Ostia)
F	Santa Maria Goretti	Presidio Monsignor di Liegro (Gaeta)
G	Belcolle Viterbo	
H	De Lellis Rieti	
I	Spaziani Frosinone	



L'ICC entra così come ospedale Spoke dell'INMI Spallanzani, con la nuova denominazione Covid 3

In seguito alle necessità da parte della Regione Lazio di implementare quindi una rete regionale già esistente ma inadatta rispetto alle necessità di assistenza ai pazienti covid-19, l'ICC Casalpalocco ha inviato in data 16.03.2020 la propria disponibilità.

Con lettera, prot, U0252302 del 27.03.2020, la Regione Lazio accoglie la disponibilità dell'ICC Casalpalocco e chiede di procedere all'allestimento, per pazienti covid-19 positivi, per:

- n. 62 posti letto di degenza ordinaria
- n. 18 posti letto di terapia sub-intensiva
- n. 30 posti letto di terapia intensiva isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio e in conformità alle indicazioni fornite dal Ministero della Salute

Nella stessa comunicazione la Regione Lazio ribadisce altresì il carattere transitorio dell'assetto sopra richiesto che deve intendersi strettamente circoscritto all'emergenza epidemiologica in atto.

La trasformazione e la riconversione dell'ICC Casalpalocco in Covid3 Hospital - Spoke dell'INMI Spallanzani, prende quindi l'avvio con l'Accordo con Regione Lazio per la gestione e il contenimento dell'emergenza sanitaria Covid3 Hospital a seguito del quale, in data 13 marzo 2020, vengono avviati i lavori di adeguamento e riqualificazione che si illustreranno qui di seguito



# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

ed in data 18 marzo 2020, con la ricezione del primo degente, inizia pertanto l'attività del nuovo Covid3 Hospital.

I lavori hanno previsto i seguenti interventi:

- Realizzazione di impianti aeraulici di tutta la struttura: ambienti in sovrappressione e ambienti a pressione negativa
- Realizzazione di impianto idrico
- Sostituzione UTA con filtri assoluti
- Realizzazione di 18 posti di terapia sub intensiva
- Realizzazione di 18 posti di terapia intensiva
- Realizzazione di zone filtro
- Nuova zona spogliatoi
- Adeguamento delle stanze di degenza Nel dettaglio: Nel piano primo seminterrato sono stati eseguiti lavori al fine di realizzare dei nuovi spogliatoi al posto del precedente magazzino, atti ad accogliere il numeroso personale che verrà impiegato per gestire l'emergenza. Gli spogliatoi sono stati adeguati impiantisticamente con la realizzazione dell'aerazione e ventilazione al fine di mantenere in sovrappressione l'ambiente al fine di mantenerlo pulito rispetto a tutta la struttura ospedaliera che invece è a pressione negativa. È stato inoltre realizzato l'impianto idrico sanitario per i bagni e le docce.

L'intero piano terra è stato adibito a reparto Covid per un totale di 38 posti letto. Sono state individuate le stanze per la vestizione e la svestizione del personale addetto, al posto degli ambulatori. È stata sostituita l'U.T.A. (Unità Trattamento Aria) con filtri assoluti in ripresa e ritirate le portate al fine di rendere in pressione negativa le stanze di degenza. Nell'area esterna sono stati realizzati, con delle tensostrutture, degli spazi destinati a locale mensa per il personale, sala relax ed uffici.

Parte del piano primo (24 posti letto) è stato adibito a reparto degenza per Covid positivi, la restante parte (18 posti letto) è stato adibito a COVID Terapia Sub intensiva con la realizzazione di un nuovo impianto elettrico necessario ad adeguare tutti i locali con caratteristiche elettriche di "Gruppo 2" e pertanto tutte le postazioni di cura e le TTL (travi Testa Letto) sono state dotate di adeguato trasformatore di isolamento e di adeguato numero di prese dati e cablaggio strutturato per il collegamento e lettura delle attrezzature e macchinari sanitari. Necessario l'adeguamento dell'impianto aeraulico attraverso la sostituzione di una U.T.A. (Unità trattamento Aria) dedicata al reparto di sub-intensiva con portata implementata ed inverter automatico. L'U.T.A. è dotata di filtri assoluti in ripresa e nuovi canali distributivi con linee differenziate al fine di garantire idonei ricambi d'aria e sempre il valore adeguato di pressione negativa nell'intero reparto. Analogamente sono stati sostituiti tutti i serramenti interni ed il mobilio tecnico con materiali facilmente sanificabili e lavabili. Sono state individuate le stanze per la vestizione e la svestizione del personale addetto, al posto del soggiorno e studio medico.

Parte del Piano Secondo era già destinato a Terapia intensiva ed UTIC (12 PL). Il Blocco Operatorio costituito da n° 4 sale operatorie, compresi i relativi spazi di preparazione e risveglio, sono stati rimodulati ed adeguati al fine di accogliere ulteriori 18 PL dedicati alla terapia intensiva.

# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

Ciò è stato possibile attraverso l'implementazione di Q.E. dedicati con implementazione di prese elettriche per poter avere le conformi ridondanze tecniche su ogni nuovo TTL/PL di terapia intensiva ottenuto. Tutte le postazioni elettriche e di servizio inoltre sono state implementate da idoneo cablaggio strutturato per la gestione dei macchinari ed attrezzature sanitarie e collegate a linee elettriche sempre in continuità attraverso UPS e G.E.

Tutto l'impianto aeraulico è stato ritarato e bilanciato in modo da garantire una costante pressione negativa negli ambienti. In questo modo al piano secondo complessivamente sono disponibili un totale di 30 posti letto di Terapia Intensiva.

Dunque, i lavori per la riqualificazione della struttura dell'ICC per la trasformazione nel "Progetto speciale Covid3 Hospital" ha comportato la ridefinizione degli spazi e degli ambienti.

Riassumendo, i Reparti di degenza per i pazienti sottoposti agli interventi di cardiocirurgia che venivano eseguiti in elezione presso l'ICC, prima dell'emergenza Covid-19, sono stati riqualificati in PL per degenza infetti e Terapia Sub Intensiva

La Terapia Intensiva esistente disponeva di 8 posti oltre a 4 di UTIC, riconvertiti in posti di Terapia Intensiva, per un totale di 12 postazioni

Con i lavori si è proceduto a realizzare ulteriori 18 posti di terapia intensiva nell'ex comparto operatorio composto da 4 sale operatorie, che è stato riqualificato per la creazione della Nuova Terapia Intensiva per un totale di 30 posti di Terapia Intensiva.

Sono state inoltre riorganizzate le aree dedicate alla diagnostica per immagini, gli spogliatoi e riprogettati gli spazi per la nuova finalità dell'Ospedale, come ad esempio lo spazio esterno impiegato per la tenda della Protezione Civile, per le nuove tensostrutture adibite a uffici, mensa e zone svago e relax per gli operatori e un mezzo dedicato ad accoglienza autorità.

Il 21 novembre 2020 sono stati autorizzati dalla Regione Lazio con Attuazione Ordinanza Z00065/2020 altri 10 posti letto di terapia intensiva per pazienti COVID-19.

Il totale dei posti letto è passato pertanto a 120 con 40 posti letto di terapia intensiva.

La creazione di Procedure e PDTA hanno reso possibile, fin dai primi giorni, dell'avvio del "Progetto speciale Covid3 Hospital" l'ottimizzazione dell'attività svolta. A tal proposito sono stati emanati e pubblicati:

- Protocollo INMI PDTA
- Procedura Accettazione paziente
- Gestione dei rifiuti speciali a rischio infettivologico
- La gestione delle salme di pazienti Covid-19 positivi

Protocollo INMI PDTA -Protocollo di gestione clinica e raccolta dati dei casi confermati di Malattia da Infezione da Coronavirus - 2019 (COVID-19) nel paziente adulto

Il protocollo emanato da INMI Spallanzani definisce le linee guida o standard di riferimento nella predisposizione dei programmi di gestione assistenziale a livello nazionale. I riferimenti normativi a cui fa riferimento è la seguente:

- Circolare Ministero della Salute Prot 2619 del 29/02/2020 Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da Covid-19 (Pubblicazione online 05/03/2020)



	<b><u>PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022</u></b>	Documento del <b>28.02.2022</b>
---	--	---------------------------------------

- Circolare Ministero della Salute Prot 6607 del 28/02/2020 Documento relativo alla definizione di "Paziente guarito da Covid-19" e di "Paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2"

- ORDINANZA (G.U., N.50) della Presidenza del Consiglio dei Ministri dipartimento della Protezione Civile DEL 27/02/2020. Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili (Ordinanza n. 640). (20A01348).

Circolare Ministero della Salute Prot. 6337 del 27/02/2020 "Documento relativo ai criteri per sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca d'infezione da SARS-CoV-2 attraverso

#### Gestione dei rifiuti speciali a rischio infettivologico

I rifiuti prodotti dall'attività del Covid-19 sono conferiti in contenitori di plastica rigida di codice colore diverso da quelli usati normalmente, omologati ADR e conformi alle norme ISO 23907 e NFX 30/200. Sono dotati di chiusura ermetica ed irreversibile e ogni contenitore dispone di 2 sacchi interni in polietilene a bassa densità (ogni contenitore avrà due sacchi), che andranno chiusi poi con fascette plastiche per la chiusura irreversibile del sacco. Due volte al giorno i recipienti sono raccolti dal personale addetto, il quale prima di fare uscire dal reparto di produzione, sanifica il contenitore con un panno imbevuto di ipoclorito 0.5%. E seguito di questo, sempre l'operatore provvede a riporre i contenitori nell'area dedicata allo stoccaggio temporaneo dei rifiuti. Da lì sarà poi la ditta incaricata a provvedere al ritiro e quindi al conferimento in discarica autorizzata e sono trattati ed eliminati come materiale infetto categoria B (UN3291). Il processo è registrato in ogni fase grazie ai formulari previsti per la tracciabilità dei rifiuti speciali ospedalieri.

#### Gestione delle salme di pazienti Covid-19 positivi

Da protocolli diffusi a livello regionale, ma non ancora codificati a livello nazionale, le salme dei deceduti per COVID19 devono essere trattate con le procedure standard.

Nel decesso cessano tutte le funzioni vitali, riducendo il pericolo di contagio e il paziente deceduto non è fonte di dispersione del virus.

Tuttavia, al fine di evitare il rischio potenziale di contagio deve essere evitata la manipolazione della salma, pertanto la vestizione avviene avvolgendola in un lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante.

Analogamente, per gli operatori devono essere adottate tutte le misure di protezione quali mascherina chirurgica, occhiali protettivi, camice monouso idrorepellente, guanti spessi e scarpe da lavoro chiuse.

Deve essere garantita l'areazione dei locali e, alla fine dell'attività, un'accurata pulizia e disinfezione delle superfici e degli ambienti.

È possibile utilizzare il sacco in materiale biodegradabile autorizzato conformemente stabilito dall'art.31 DPR 285/90 in sostituzione della cassa in zinco.

#### Vigilanza dotazioni strumentali

ICC adotta per il monitoraggio delle apparecchiature i protocolli operativi del sistema di qualità. Sono monitorati tutti i dispositivi in uso presso la struttura con manutenzioni ordinarie e straordinarie calendarizzate secondo il piano delle attività e con predisposizione dei relativi verbali di manutenzione, è costantemente verificata la regolarità elettrica in base alle vigenti normative.

# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

## Farmacovigilanza

Si intende per farmacovigilanza l'insieme delle attività volte all'identificazione, prevenzione, valutazione degli eventi avversi derivanti dall'assunzione di farmaci. In particolare rientrano nella farmacovigilanza tutte le azioni idonee ad evitare effetti avversi sulla persona dipendenti dall'assunzione di farmaci come ad esempio: assunzione di farmaci impropri, in abuso, inutili, per i quali si è allergici, somministrazione ad altro paziente, somministrazioni troppo brevi e/o troppo prolungate, valutazione del rapporto benefici/effetti collaterali, ecc.

La struttura è dotata di protocolli (raccolta anamnesi, adeguata evidenziazione di allergie ed altri fenomeni simili) e viene quindi posta attenzione alla gestione di eventuali fenomeni allergici, alla somministrazione e somministrabilità dei farmaci con riferimento al rapporto beneficio atteso/effetto collaterale, alla corretta identificazione del paziente.

## Trasfusioni

La struttura adotta sistemi di controllo degli effetti indesiderati gravi sui riceventi e sugli errori trasfusionali nonché sugli incidenti gravi.

Nell'anno 2019 non ci sono stati reazioni gravi né eventi avversi.

Da segnalare che a seguito dell'introduzione del sistema di identificazione e gestione delle trasfusioni GRICODE, come richiesto dal decreto ministeriale del 2/ 11/ 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti" pubblicato sulla G.U. del 28/12/2015 riguardante la procedura per gestire la sicurezza della trasfusione, è stata revisionata la PO-16. È stato inoltre effettuato presso ICC un apposito corso di aggiornamento in collaborazione con la Responsabile del centro Trasfusionale di riferimento, (H Grassi - Ostia).

In data 16.07.2021 la struttura ha ricevuto la Certificazione ISO 9001:2015 da parte di Bureau Veritas.

## Azioni di miglioramento ulteriori

Il personale sanitario ha effettuato specifici corsi, anche accreditati ECM, per favorire il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti e delle proprie competenze professionali.

Con l'avvento dell'emergenza Covid-19 sono stati formati oltre 400 operatori sanitari sui percorsi dei pazienti, sui percorsi pulito-sporco del personale, sulle raccomandazioni ISS e sulle IO dello Spallanzani, sulla vestizione e svestizione con prove pratiche, sull'esecuzione del tampone NF.

## Reclami/suggerimenti

Nel 2021 sono pervenuti all'URP n.08 reclami da parte degli utenti, con una diminuzione del 50% rispetto all'anno precedente. La maggior parte riguardava la mancata comunicazione di notizie da parte dei medici ai familiari. Ognuno di questi reclami è stato trattato con chiamata immediata da parte del Responsabile Medico o di un medico di reparto.



# PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022

Documento  
del  
28.02.2022

## Dati di Attività

<b>DATI DI ATTIVITA' AGGREGATI al 31.12.2021</b>		Fonte del dato: Ufficio Accettazione e Ricoveri	
Ricoveri ordinari	1.525		
di cui in Reparto di medicina Infettiva *	1071		
Di cui in Reparto di Sub Intensiva *	150		
di cui in Reparto di Terapia Intensiva *	304		

\*Come reparto di accesso

## **A2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati**

<b>Eventi segnalati nel 2021</b>				
<b>Tipo di evento</b>	<b>N. e % sul totale degli eventi</b>	<b>Principali fattori causali/contribuenti</b>	<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>Fonte del dato</b>
<b>Near Miss</b>	0	/	/	/
<b>Eventi Avversi</b>	0	/	/	/
<b>Eventi Sentinella</b>	0	/	/	/

Sono state registrate 4 richieste di risarcimento nell'anno 2021.

Non sono state fatte segnalazioni al SIMES (Sistema per il Monitoraggio degli Errori in Sanità).

<b>Anno</b>	<b>Polizza</b>	<b>Decorrenza</b>	<b>Compagnia Assicurativa</b>	<b>Franchigia</b>	<b>Brokeraggio</b>
2022	90044868	31.07.2021	SHAM	€ 400.000,00	AON
2021	IITPMM19		Compagnia AM Trust		
2020	00029	01.02.2019 *		€ 400.000,00	AON
2018	2018/07/6136820	31.12.17/31.12.18	Italiana Assicurazioni	€ 1.500.000,00	Guardigli Mosaico Assicura Srl
2017	2016/07/6120467	31.12.16/31.12.18 (modificata il 31.05.2017 con polizza 2017/07/6127896)	Italiana Assicurazioni	€ 25.000,00	Guardigli Mosaico Assicura Srl
	2017/07/127896	01.06.17/31.12.18 (scaduta il 31.12.2017)	Italiana Assicurazioni	€ 250.000,00	Guardigli Mosaico Assicura Srl

\* la polizza è stata rinnovata anche per il biennio 2021/2022

# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

## **A4 Resoconto delle attività del Piano precedente**

### Gruppo Gestione del Rischio Clinico ICC

Nel corso di 2021 la composizione del Gruppo di Gestione del Rischio Clinico non è cambiato

Il Gruppo Gestione del Rischio Clinico 2021 è quindi così composto:

- Seanne Azzolina CRM
- Antonino Marchese
- Marisa Semeraro
- Sebastiano Petracca
- Lorena Tomaselli

### Attività svolta nell'anno 2021 (PARM)

Il piano delle attività previste per il 2021 (PARM) si articolava essenzialmente in 6 punti:

1. Corsi di formazione per mantenere elevato il numero di operatori formati sul Rischio Clinico nella struttura
2. Organizzazione di corsi interni mirati sulle Buone Pratiche applicate nella struttura
3. Programmazione ed implementazione di almeno 1 PSWR
4. Aumentare il numero delle segnalazioni attraverso la sensibilizzazione degli operatori
5. Verifica periodica di tutte le procedure di competenza del GGRC
6. Implementazione di un sistema di stampa informatizzata dei braccialetti identificativi in ottemperanza al Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente, CRRC 25 Settembre 2020

La pandemia e le conseguenti normative hanno reso impossibile la formazione in presenza. Per quanto riguarda il primo ed il secondo punto: il personale è stato formato durante gli incontri ed i corsi in FAD che si sono tenuti nel 2021. Tutto il personale, dipendente e non, ha accessibilità diretta a tutte le procedure e protocolli che sono archiviati ed aggiornati nella cartella SAQ dello scambio intranet tra cui la PO-34 "Gestione del Rischio Clinico". Così anche le Raccomandazioni Ministeriali sono facilmente consultabili.

Oltre l'82% del personale sanitario dipendente è stato aggiornato con la formazione RC nel 2021.

In seguito ai reclami per la comunicazione medico-parente abbiamo organizzato un corso specifico di "Comunicazione difficile e Handover" con un docente molto esperto. Il Dr. Francesco Venneri, Clinical Risk Manager Azienda USL Toscana Centro. Al corso hanno partecipato 21 operatori sanitari (12 medici, 7 infermieri e 2 tecnici sanitari).

Nel 2021 tutti i componenti del GRC ICC hanno partecipato anche a formazione esterna specifica sul RC. Tra questi, da segnalare per l'importanza:

- I Clinical Risk Manager italiani raccontano COVID-19
- Giornata regionale Toscana per l'igiene delle mani
- La sanità che vorremmo dopo l'emergenza coronavirus, le tecnologie per la tutela del paziente e dei professionisti sanitari
- Covid-19 La sorveglianza sanitaria nelle strutture ospedaliere



# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

I dipendenti ed i Responsabili di settore hanno partecipato a 14 eventi/corsi di interesse RC.

In ottemperanza al terzo punto sono stati effettuati due PSWR in data 19 maggio e 14 dicembre 2021.

Quarto punto. Nell'anno 2021 sono pervenute 3 segnalazioni, gestite con Audit multidisciplinare.

Punto 5: sono state Implementate e/o revisionate e condivise con il personale in diversi incontri mirati, 22 procedure operative pertinenti:

1. 13/01/21 GESTIONE OGGETTI PERSONALI DEL PAZIENTE COVID PO22 REV
2. 20/1/21 CONSENSO PER TAMPONI ANTIGENICI PO 22 IMPLEM
3. 21/1/21 I.O. TAMPONI ANTIGENICI PER PERSONALE ICC PO 22 IMPLEM
4. 8/2/21 I.O. COMUNICAZIONE FAMILIARI/COVID PO 22 IMPLEM
5. 3/3/21 CERTIFICATO DI MORTE PO 18 REV
6. 29/3/21 SODDISFAZIONE UTENTI PG 09 REV
7. 13/4/21 GESTIONE DEL SANGUE ED EMODERIVATI PO 16 REV
8. 4/6/21 SODDISFAZIONE UTENTE PG 09 REV
9. 11/6/21 I.O. TRASFERIMENTO E TRASPORTO PAZIENTE PG 19 IMPLEM
10. 30/6/21 GESTIONE ATTIVITA' ASSISTENZIALI PO 19 IMPLEM
11. 6/7/21 GESTIONE DEL DOLORE ACUTO E CRONICO PO 36 REV
12. 8/7/21 PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEL PAZIENTE PO 35 REV
13. 8/7/21 RISCHIO BIOLOGICO PO 17 REV
14. 9/7/21 GESTIONE DEL PAZIENTE IN TERAPIA INTENSIVA PO 1 REV
15. 14/7/21 POLITICA DELLA QUALITA' REV
16. 13/9/21 INTRODUZIONE DELLA SCHEDA DI VALUTAZIONE OSS PG 05 IMPLEM
17. 24/9/21 STU PO 19 IMPLEM
18. 24/9/21 CLOSTRIDIUM DIFFICILE PO 32 REV
19. 27/9/21 ALLERGIA AL LATTICE PO 04 REV
20. 28/9/21 DECONTAMINAZIONE PO 06 REV
21. 26/11/21 GESTIONE DEI RIFIUTI PO 10 IMPLEM
22. 21/12/21 HCCP/NUOVA DISTRIBUZIONE DEL VITTO AI DEGENTI PO 15 REV

Punto sei: è stato implementato il sistema di stampa informatizzata dei braccialetti identificativi in ottemperanza al Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente, CRRC 25 Settembre 2020.

Nel corso del 2021 il Gruppo Rischio Clinico ICC si è riunito 16 volte (compresi gli Audit) e si è correttamente svolta l'attività di verifica periodica di tutte le procedure di competenza del GGRC.



# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

## Altre attività:

Sono state effettuate:

- n° 02 verifiche, nel corso del PSWR del 19.05 e del 14.12, sulla corretta implementazione dell'identificazione del paziente attraverso l'uso appropriato del braccialetto identificativo, con risultati soddisfacenti.
- È stata implementata la "Scheda di Verifica Dispositivi di Protezione Individuale" R/G02-05 che viene utilizzata per il controllo del corretto utilizzo dei DPI vestizione e svestizione, per verificare la disponibilità dei DPI nei reparti e l'eventuale necessità di ulteriore formazione.
- In data 26.03.2021 il Gruppo di Gestione del Rischio Clinico si è riunito per l'analisi delle cartelle dei primi 9 mesi del 2021 a cura del Medico Legale incaricato, Dr.ssa Arianna Giovanetti. La verifica ha dato esito positivo.
- La struttura ha aderito alla Giornata Mondiale del Lavaggio delle Mani – 5 maggio – attraverso l'affissione di infografica nelle aree comuni.
- ICC ha aderito alla Giornata Mondiale della Sicurezza del Paziente (17 settembre) attraverso la distribuzione e l'affissione, a favore degli utenti e degli operatori sanitari, di materiale specifico e la presenza, nel momento della pausa e del cambio turno, del CRM e del Coordinatore Infermieristico per eventuali informazioni o chiarimenti sull'argomento.
- In data 30.09.2021 la revisione delle cartelle cliniche al giorno indice 15/06/2021 per quanto concerne gli aspetti di sicurezza del paziente, la valutazione multi dimensione e la verifica degli strumenti di indirizzo clinico terapeutico.
- Partecipazione al Tavolo Permanente CRRC, riunione del 17 dicembre 2021.

## Attività svolta nell'anno 2021 (PAICA)

La composizione del CCICA è stata modificata nel corso del 2021 con l'inserimento del Bed Manager Dr. Nicola Bergantino.

## Il CCICA 2021 è quindi così composto:

- Maria Semeraro
- Antonino Marchese
- Seanne Sevier Azzolina
- Cristiano Gasparoli
- Roberto Mezzanotte
- Sebastiano Petracca
- Lorena Tomaselli
- Nicola Bergantino

Da notare che a inizio febbraio 2022 è stato ulteriormente modificato il gruppo di lavoro con l'inserimento del Prof. Pasquale Noto, Infettivologo, che prende la carica di Presidente del CCICA.

## Il piano delle attività previste per il 2021 (PAICA) si articolava essenzialmente in 4 punti:

1. Analisi sulle acque per prevenzione e controllo della Legionellosi
2. Monitoraggio ambientale: condizioni microclimatiche Sale Operatorie, Terapia Intensiva, RMN, ed Emodinamica. Prevenzione e controllo della legionellosi, rilevazione cariche batteriche ambientali
3. Corso di formazione e informazione sulle infezioni ospedaliere al personale medico e paramedico.
4. Consumo annuo gel alcolico



# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

Per quanto riguarda il primo ed il secondo punto, i controlli di Water Team sull'impianto e sui dosaggi di prodotti chimici ad azione biocida sono stati regolarmente eseguiti con periodicità mensile.

I campionamenti delle prove dell'acqua per l'anno 2021 sono stato eseguiti da EtaBeta ed inviati all'Università di Bologna in data 01 marzo, 07 giugno ed 11 ottobre e 30 novembre.

I risultati rientrano nei limiti consigliati dalle normative di riferimento tranne alcuni punti dove sono state rilevate criticità.

Per sanare queste criticità sono stati effettuati i seguenti interventi:

- Sanificazione riserva idrica 30.03.2021/30.06.2021/30.11.2021
- Pulizia torri evaporative.
- Intensificazione dei flussaggi, pulizia più frequente e prolungata dei terminali, eventuale aumento delle temperature dell'acqua e mantenimento costante dei dosaggi dei prodotti WTC153/DD (dosaggio volumetrico 1 shot ogni 10 litri) e WTD817 (dosaggio volumetrico 1 shot ogni 20 litri). Il prodotto WTD817 è un biocida di elevata efficacia per il controllo delle crescite microbiologiche di batteri, alghe e funghi. Ha azione anti-legionella. Il prodotto WTC153/DD è un antincrostante, disperdente e anticorrosivo per il controllo delle corrosioni e dei depositi inorganici nei circuiti. (vedi schede tecniche dei prodotti).
- Nella struttura sono stati effettuati, con cadenza periodica a cura del personale Team Service, i flussaggi dell'acqua, nonché la pulizia, decalcificazione e cambio di tutti i terminali.

La scheda del programma di sorveglianza e controllo Legionellosi viene correttamente utilizzata dal personale di Team Service.

La Convalida degli impianti HVAC a servizio di Emodinamica, RM e Terapie Intensive, sarà effettuata entro marzo 2022.

I filtri assoluti (sale operatorie, terapia Intensiva, emodinamica) sono stati sostituiti con cadenza annuale. I filtri delle UTA sono stati sostituiti, con cadenza semestrale.

Le prove di tenuta e gli indicatori di ciclo dell'autoclave a vapore in funzione vengono regolarmente eseguiti e registrati. Le prove biologiche vengono eseguite periodicamente sull'autoclave in funzione con il sistema Steri-Record GKE e sono tutte conformi e regolarmente registrate.

Il CCICA sottolinea che, per ottemperare agli accordi Regionali per l'assistenza ai pazienti Covid, sono intervenuti cambiamenti di carattere strutturale ed ambientale negli ultimi 24 mesi, come ampiamente descritto nel paragrafo "Contesto organizzativo".

Premesso che la struttura è di fatto un Ospedale di Malattie Infettive in cui i pazienti ricoverati sono affetti da Covid-19 e presentano con frequenza altre sovra-infezioni, l'indicatore del terzo punto (% esami microbiologici con esito positivo sul totale dei pazienti ricoverati) perde di significato.

I report delle infezioni ospedaliere di ICC vengono visionati dal CC-ICA e sono disponibili per eventuali valutazioni.

# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

Per quanto riguarda il terzo punto: il personale è stato formato durante gli incontri a piccoli gruppi che si sono tenuti nel corso del 2021, con particolare riferimento a tutti gli argomenti riguardanti il COVID: vestizione e svestizione con simulazione, percorsi e corretto utilizzo dei DPI, esecuzione dei tamponi, ecc.

Il personale neo assunto è stato formato nella maggioranza dei casi one-to-one.

Il consumo del gel alcolico viene monitorato annualmente attraverso il controllo di gestione.

Sono state Implementate e/o revisionate e condivise con il personale 15 procedure operative pertinenti:

1. 13/01/21 GESTIONE OGGETTI PERSONALI DEL PAZIENTE COVID PO22 REV
2. 20/1/21 CONSENSO PER TAMPONI ANTIGENICI PO 22 IMPLEM
3. 21/1/21 I.O. TAMPONI ANTIGENICI PER PERSONALE ICC PO 22 IMPLEM
4. 8/2/21 I.O. COMUNICAZIONE FAMILIARI/COVID PO 22 IMPLEM
5. 3/3/21 CERTIFICATO DI MORTE PO 18 REV
6. 13/4/21 GESTIONE DEL SANGUE ED EMODERIVATI PO 16 REV
7. 11/6/21 I.O. TRASFERIMENTO E TRASPORTO PAZIENTE PG 19 IMPLEM
8. 30/6/21 GESTIONE ATTIVITA' ASSISTENZIALI PO 19 IMPLEM
9. 8/7/21 PREVENZIONE E GESTIONE DELLE CADUTE DEL PAZIENTE PO 35 REV
10. 8/7/21 RISCHIO BIOLOGICO PO 17 REV
11. 9/7/21 GESTIONE DEL PAZIENTE IN TERAPIA INTENSIVA PO 1 REV
12. 24/9/21 CLOSTRIDIUM DIFFICILE PO 32 REV
13. 28/9/21 DECONTAMINAZIONE PO 06 REV
14. 26/11/21 GESTIONE DEI RIFIUTI PO 10 IMPLEM
15. 21/12/21 HCCP/NUOVA DISTRIBUZIONE DEL VITTO AI DEGENTI PO 15 REV

Per quanto riguarda la ricezione della Determinazione 26/02/2021 n°G02044 "PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI" il CCICA si è riunito in data 15.03.2021, dal verbale si evince che ICC è molto conforme per quanto concerne l'igiene delle mani in quanto, sia la struttura che il Gruppo GVM, hanno sempre ritenuto che fosse una priorità per la sicurezza delle cure.

L'autovalutazione ci ha consentito di determinare il nostro livello di implementazione delle misure necessarie all'adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani".

## **SEZIONE A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

Il punteggio ottenuto in questa sezione è 85, quindi l'autovalutazione ci pone in uno stato avanzato.

## **SEZIONE B. FORMAZIONE DEL PERSONALE**

Il punteggio ottenuto in questa sezione è 85, quindi l'autovalutazione ci pone in uno stato avanzato.



# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

## **SEZIONE C MONITORAGGIO E FEEDBACK**

Abbiamo condotto un audit per valutare la disponibilità dei prodotti per l'igiene delle mani e risulta che il nostro fornitore ci consegna puntualmente quanto viene ordinato.

Il consumo del gel alcolico è monitorato annualmente.

Le azioni di monitoraggio e feedback si possono reputare non attuabili in questa fase in cui la struttura è total COVID. Fino al 2019 l'osservazione del lavaggio delle mani è stato effettuato a cura di un osservatore con anni di esperienza in merito. Tali azioni saranno sicuramente riprese alla fine della pandemia, quando sarà possibile l'osservazione diretta delle occasioni di lavaggio delle mani non solo con gel alcolico.

## **SEZIONE D COMUNICAZIONE PERMANENTE**

Il punteggio dell'autovalutazione in questa sezione è 75, quindi l'autovalutazione ci pone in uno stato intermedio.

Con la situazione attuale non abbiamo ritenuto opportuna la presenza di espositori e di materiale cartaceo nei reparti.

## **SEZIONE E CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

Il punteggio ottenuto in questa sezione è 35, quindi l'autovalutazione ci pone in uno stato base.

Alcune azioni non sono attualmente attuabili (opuscoli, coinvolgimento pazienti, ecc)

Le sezioni A e B ci pongono a livello avanzato, la sezione C per il momento è in standby, la sezione D è a livello intermedio e la E a livello Base.

Il CCICA si è riunito 9 volte nel corso del 2021.

## **RIEPILOGO ATTIVITA' PREVISTE E RISULTATO CONSEGUITO - 2021**

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure
Attività 1: Organizzare corsi di formazione per mantenere elevato il numero di operatori formati sul RC nella struttura (PARM)
Indicatore: Esecuzione di 1 edizione del Corso entro il 31/12/2021
Standard: Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti
Fonte: Risk Management
OBIETTIVO RAGGIUNTO: PERSONALE DIPENDENTE FORMATO CON CORSO "LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO" = 52,9%

# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

Attività 2: Organizzazione di corsi interni mirati sulle Buone Pratiche applicate nella struttura (PARM)

Indicatore: Esecuzione di 2 eventi entro il 31/12/2021

Standard: Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti

Fonte: Risk Management

OBIETTIVO RAGGIUNTO: PERSONALE DIPENDENTE FORMATO CON CORSI INERENTI AL RISCHIO CLINICO = 82,35%

CORSO IGIENE DELLE MANI CORSO, COMUNICAZIONE DIFFICILE E HANDOVER, ANTIBIOTICOTERAPIA, GESTIONE DEI CONFLITTI, LUTTO E FINE VITA, COVID, AGGRESSIONE E VIOLENZA VERSO GLI OPERATORI, COMUNICAZIONE, HANDOVER E TEAMBUILDING, PREVENZIONE DELLE ICA

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure e favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture

Attività 3: Programmazione ed implementazione di almeno 1 PSWR (PARM)

Indicatore: Esecuzione di almeno 1 entro il 31/12/2021

Standard: Esecuzione di almeno 1 entro il 31/12/2021

Fonte: Risk Management

OBIETTIVO RAGGIUNTO: EFFETTUATI 2 PSWR 19/05 E 14/12

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure e favorire una visione unitaria della sicurezza

Attività 4: Aumentare il numero delle segnalazioni attraverso la sensibilizzazione degli operatori (PARM)

Indicatore: Ricevimento di almeno 5 segnalazioni entro il 31/12/2021

Standard: Analisi di almeno 5 segnalazioni entro il 31/12/2021

Fonte: Risk Management

OBIETTIVO NON RAGGIUNTO: LE SEGNALAZIONI SONO STATE 3

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure e favorire una visione unitaria della sicurezza

Attività 5: Verifica periodica di tutte le procedure di competenza del GGRC (PARM)

Indicatore: Revisione di 3 procedure pertinenti entro il 31/12/2021

Standard: Diffusione delle procedure revisionate entro il 31/12/2021

Fonte: Risk Management

OBIETTIVO RAGGIUNTO: Sono state Implementate e/o revisionate e condivise con il personale



## **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
**28.02.2022**

in diversi incontri mirati, 22 procedure operative (VEDI ELENCO)

**Obiettivo A:** Diffondere la cultura della sicurezza delle cure, con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo

**Attività A1:** Organizzare corsi di formazione per mantenere elevato il numero di operatori formati sulla prevenzione del rischio infettivo nella struttura (PAICA)

**Indicatore:** Esecuzione di 1 edizione del Corso entro il 31/12/2021

**Standard:** Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti

**Fonte:** ufficio gestione del personale

<b>Risultati 2021</b>	<b>OBIETTIVO RAGGIUNTO: PERSONALE DIPENDENTE FORMATO CON CORSO ECM "LA PREVENZIONE E GESTIONE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE" = 76,4%</b>
-----------------------	--

**Attività A2:** Organizzazione di incontri/Audit trimestrali formalizzati del personale sanitario al fine di analizzare i fattori di rischio associati alle attività del reparto, inclusi quelli relativi alle ICA, predisponendo le eventuali azioni di miglioramento scaturite. (PAICA)

**Indicatore:** Esecuzione di 4 Incontri/Audit verbalizzati entro il 31/12/2021

**Standard:** Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti

**Fonte:** Risk Management

<b>Risultati 2021</b>	Questa attività è stata espletata parzialmente per problemi organizzativi dovuti al Covid-19, agli incontri hanno sempre partecipato almeno i coordinatori infermieristici. Percentuale di frequenza 47%
-----------------------	--

L'attività verrà riprogrammata per il 2022.

**Attività A3:** Attuazione delle misure di prevenzione in risposta all'emergenza COVID 19: formazione del personale sulla corretta procedura di vestizione e svestizione, sui percorsi e sull'uso dei DPI (PAICA)

**Indicatore:** Formazione del 100% del personale infermieristico, tecnico ed OSS

**Standard:** Monitoraggio del corretto utilizzo dei DPI attraverso lo strumento R/G02-05 Scheda verifica DPI

**Fonte:** Risk Management

<b>Risultati 2021</b>	Il 100% del personale infermieristico, tecnico, OSS è stato formato a piccoli gruppi e per quanto riguarda i neo assunti, in modalità one-to-one nella maggioranza dei casi. Il corretto utilizzo dei DPI si evidenzia dalle schede di verifica.
-----------------------	--

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

**Attività B1:** Indagine di prevalenza sulle principali ICA associabili alle prestazioni erogate:

# PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022

Documento  
del  
28.02.2022

Infezioni del Tratto Urinario e infezioni da Klebsiella p. (CRE) (PAICA)

Indicatore: Redazione report ICA entro il 31/12/2021

Standard: Monitoraggio e condivisione dei dati con il personale coinvolto

Fonte: Cartelle Cliniche e ulteriore documentazione fornita dal paziente, Laboratorio Analisi

Risultati 2021 Questa attività non si è concretizzata in seguito all'emergenza Covid-19. Si rimanda questa attività alla fine della pandemia.

Attività B2: Implementazione delle misure di controllo della trasmissione delle infezioni nosocomiali attraverso azioni di supporto e vigilanza in tutti i reparti, attuata con la presenza quotidiana di un coordinatore e dei primari.

Indicatore: Redazione report ICA entro il 31/12/2021

Standard: Monitoraggio e condivisione dei dati con il personale coinvolto

Fonte: Cartelle Cliniche, Laboratorio Analisi ed Osservazione diretta

Risultati 2021 **OBIETTIVO RAGGIUNTO:**

## A5 Matrice delle Responsabilità

	CRM	Direttore Sanitario	Ufficio Legale	Presid CCICA	Direttore Amm.vo Operativo	Personale ICC
Redazione PARS	<b>R</b> Eccetto Tab. 6 A2 e A3 e A7	<b>C</b>	<b>R</b> Tabella 6 A2 e punto A3	<b>R</b> Punto A7	<b>C</b>	-
Approvazione	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	-
Implementazione	<b>C</b>	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>
Monitoraggio	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	<b>R</b> Punto A7	<b>I</b>	<b>C</b>

**LEGENDA:** R= Responsabile C= Collabora I=Interessato

## A6 Obiettivi e Attività

### A6.1 Obiettivi

Il piano delle attività previste si articola su due livelli: la formazione continua e l'aggiornamento e stesura documentale.

In questa ottica, nel corso dell'anno gli obiettivi sono:

1. Corsi di formazione per mantenere elevato il numero di operatori formati sul RC nella struttura e diffondere la cultura della sicurezza
2. Organizzazione di corsi interni mirati sulle Buone Pratiche applicate nella struttura
3. Programmazione ed implementazione di almeno 1 PSWR
4. Aumentare il numero delle segnalazioni attraverso la sensibilizzazione degli operatori
5. Verifica periodica di tutte le procedure di competenza del GGRC



## PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022

Documento  
del  
28.02.2022

Le attività in essere nel 2021 verranno proseguite anche per il 2022

### **A6.2 Attività**

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività 1: Organizzare corsi di formazione per mantenere elevato il numero di operatori formati sul RC nella struttura		
Indicatore: Esecuzione di 1 edizione del Corso entro il 31/12/2022		
Standard: Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti		
Fonte: Risk Management		
	CRM	Resp. Formazione
Progettazione	R	C
Accreditamento	C	R
Esecuzione	R	C

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure			
Attività 2: Organizzazione di corsi interni mirati sulle Buone Pratiche applicate nella struttura			
Indicatore: Esecuzione di 2 eventi entro il 31/12/2022			
Standard: Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti			
Fonte: Risk Management			
	CRM	Resp. Formazione	Coord. Infermieristico
Progettazione	R	C	C
Accreditamento	C	R	C
Esecuzione	C	C	R
Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure			

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure			
Attività 3: Organizzazione di corso interno sulla corretta compilazione della documentazione sanitaria			
Indicatore: Esecuzione di 2 eventi entro il 31/12/2022			
Standard: Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti			
Fonte: Risk Management			
	CRM	Resp. Formazione	Coord. Infermieristico

## PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022

Documento  
del  
28.02.2022

Progettazione	R	C	C
Accreditamento	C	R	C
Esecuzione	C	C	R
Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure			

Attività 4: Organizzare eventi di formazione/retraining per mantenere elevato la conoscenza del corretto utilizzo dei DPI per ridurre il rischio di contagio anche attraverso l'utilizzo della rete intranet			
Indicatore: Esecuzione di 1 evento/aggiornamento entro il 31/12/2022			
Standard: Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti			
Fonte: Risk Management			
	CRM	Resp. Formazione	
Progettazione	R	C	
Accreditamento	C	R	
Esecuzione	R	C	

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure			
Attività 5: Utilizzo dello strumento informatico fornitoci da INTRANET aziendale per pubblicare e diffondere le indicazioni, i dati e le verifiche inerenti alla gestione del rischio sanitario			
Indicatore: Pubblicazione di informazioni/indicazioni relative alla gestione del rischio clinico e/o gestione del contenzioso.			
Standard: Pubblicazione di informazioni aggiornate entro il 31/12/2022			
Fonte: Risk Management			
	CRM	Dir San	Coord. Infermieristico
Progettazione	R	C	C
Comunicazione	R	R	R
Esecuzione	C	C	R
Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure			

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure e favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture			
Attività 4: Programmazione ed implementazione di almeno 1 PSWR			



## **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
**28.02.2022**

Indicatore: Esecuzione di almeno 1 entro il 31/12/2022			
Standard: Esecuzione di almeno 1 entro il 31/12/2022			
Fonte: Risk Management			
	CRM	Dir San	Gruppo Gestione RC
Progettazione	R	C	C
Comunicazione	R	C	C
Esecuzione	R	C	C

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure e favorire una visione unitaria della sicurezza			
Attività 5: Aumentare il numero delle segnalazioni attraverso la sensibilizzazione degli operatori			
Indicatore: Ricevimento di almeno 5 segnalazioni entro il 31/12/2022			
Standard: Analisi di almeno 5 segnalazioni entro il 31/12/2022			
Fonte: Risk Management			
	CRM	Dir San	Gruppo RC/Facilitatori Gestione
Comunicazione	R	C	C
Monitoraggio	R	C	C

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure e favorire una visione unitaria della sicurezza			
Attività 6: Verifica periodica di tutte le procedure di competenza del GGRC			
Indicatore: Revisione di 3 procedure pertinenti entro il 31/12/2022			
Standard: Diffusione delle procedure revisionate entro il 31/12/2022			
Fonte: Risk Management			
	CRM	Dir San	Gruppo Gestione RC
Esecuzione	R	C	C
Monitoraggio	R	C	C

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 6: Analisi e verifica della corretta compilazione delle cartelle cliniche			

# PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022

Documento  
del  
28.02.2022

Indicatore: Analisi e verifica multidisciplinare della corretta compilazione delle cartelle cliniche entro il 31/12/2022			
Standard: Verifica del 10% delle cartelle cliniche entro il 31/12/2022			
Fonte: Risk Management			
	CRM	Dir San	Gruppo Gestione RC
Esecuzione	C	R	C
Monitoraggio	C	R	C

## **A7 Obiettivi e Attività per la Gestione del Rischio Infettivo**

### **A7.1 Obiettivi**

Il piano delle attività previste, specifiche per la Gestione del Rischio Infettivo, si articola su due livelli: la formazione continua e l'aggiornamento e stesura documentale.

In questa ottica, nel corso dell'anno gli obiettivi sono:

1. Corsi di formazione per mantenere elevato il numero di operatori formati sulla prevenzione del rischio infettivo e diffondere la cultura della sicurezza delle cure
2. Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani con l'obiettivo di raggiungere quanto delineato nel Piano di Intervento entro il 31/12/2023
3. Organizzazione di corsi interni mirati sulle Buone Pratiche applicate nella struttura
4. Programmazione ed implementazione di almeno 1 PSWR
5. Verifica periodica di tutte le procedure di competenza del GGRC
- 6.

Le attività in essere nel 2021 verranno proseguite anche per il 2022.

### **A7.2 Attività**

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività A1: Organizzare corsi di formazione per mantenere elevato il numero di operatori formati sulla prevenzione del rischio infettivo nella struttura		
Indicatore: Esecuzione di 1 edizione del Corso entro il 31/12/2022		
Standard: Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti		
Fonte: ufficio gestione del personale		
	Infettivologo	Resp. Formazione
Progettazione	R	C
Accreditamento	C	R
Esecuzione	R	C

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla



## **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
**28.02.2022**

prevenzione del rischio infettivo		
Attività A2: Organizzare corsi di formazione sul corretto uso degli antibiotici Antimicrobial Stewardship: sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici		
Indicatore: Esecuzione di 1 edizione del Corso entro il 31/12/2022		
Standard: Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti		
Fonte: ufficio gestione del personale		
	Infettivologo	Resp. Formazione
Progettazione	R	C
Accreditamento	C	R
Esecuzione	R	C

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività A3: Organizzazione di incontri/Audit trimestrali formalizzati del personale sanitario al fine di analizzare i fattori di rischio associati alle attività del reparto, inclusi quelli relativi alle ICA, predisponendo le eventuali azioni di miglioramento scaturite. (PAICA)		
Indicatore: Esecuzione di 4 Incontri/Audit verbalizzati entro il 31/12/2022		
Standard: Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti		
Fonte: Risk Management		
	Resp. Reparto	Resp. Formazione
Progettazione	R	C
Accreditamento	C	R
Esecuzione	R	C

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo				
Attività A4: Attuazione delle misure di prevenzione in risposta all'emergenza COVID 19: formazione del personale sulla corretta procedura di vestizione e svestizione, sui percorsi e sull'uso dei DPI (PAICA)				
Indicatore: Formazione del 100% del personale infermieristico, tecnico ed OSS				
Standard: Monitoraggio del corretto utilizzo dei DPI attraverso lo strumento R/G02-05 Scheda verifica DPI				
Fonte: Risk Management				
	Infettivologo	Dir San	CRM	Coord Infermieristico
Progettazione	R	C	C	C

## **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
**28.02.2022**

Monitoraggio	C	C	R	C
Esecuzione	C	C	C	R

Obiettivo: 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 B1: Implementazione del Piano di Azione Locale sul lavaggio delle mani**

Indicatore: Corretta esecuzione della procedura

Standard: Monitoraggio della corretta esecuzione attraverso l'osservazione programmata

Fonte: CCICA

	Resp. Reparto	Coord. Inf.co	Infettivologo
Progettazione	R	C	C
Esecuzione	R	C	C

Obiettivo C: 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 C1: Indagine di prevalenza sulle principali ICA associabili alle prestazioni erogate: Infezioni del Tratto Urinario e infezioni da Klebsiella p. (CRE) (PAICA)**

Indicatore: Redazione report ICA entro il 31/12/2022

Standard: Monitoraggio e condivisione dei dati con il personale coinvolto

Fonte: Cartelle Cliniche e ulteriore documentazione fornita dal paziente, Laboratorio Analisi

	Infettivologo	Dir San	Gruppo Gestione RC
Esecuzione	R	C	C
Monitoraggio	R	C	C

Obiettivo C: 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 C2: Implementazione delle misure di controllo della trasmissione delle infezioni nosocomiali attraverso azioni di supporto e vigilanza in tutti i reparti, attuata con la presenza quotidiana di un coordinatore e dei primari.**

Indicatore: Redazione report ICA entro il 31/12/2022

Standard: Monitoraggio e condivisione dei dati con il personale coinvolto





# PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022

Documento  
del  
28.02.2022

Fonte: Cartelle Cliniche, Laboratorio Analisi ed Osservazione diretta			
	Infettivologo	Dir San	Gruppo Gestione RC
Esecuzione	R	C	C
Monitoraggio	R	C	C

Obiettivo C: 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 C3: Implementazione del modello di sorveglianza delle colonizzazioni/infezioni attraverso l'esecuzione del tampone rettale, come da procedura interna

Indicatore: Sorveglianza

Standard: Monitoraggio e condivisione dei dati con il personale coinvolto

Fonte: Laboratorio Analisi, Cartelle Cliniche

	Infettivologo	Dir San	Gruppo Gestione RC
Esecuzione	R	C	C
Monitoraggio	R	C	C

## **A8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARM**

Il PARS ICC 2022 viene illustrato al personale della struttura con diffusione capillare a tutti i livelli, previa presentazione alla Direzione Generale.

In ottemperanza all'art. 2 comma 5 della Legge 8 marzo 2017 n°24, viene pubblicato sul sito istituzionale della struttura.

Copia del documento in versione informatica è disponibile per la visione presso i reparti della struttura nella cartella condivisioni.

Il PARS ICC 2022 viene trasmesso al Centro Regionale Rischio.

## **A9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA e RIFERIMENTI NORMATIVI**

### **Bibliografia**

AA. VV., "An organisation with a memory - Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS Department of Health" - NHS, Giugno 2000

Reason J, *Human errors: models and management*, 320, BM, 2000

Vincent C; *Clinical Risk Management Enhancing patient safety*, BMJ Publications, 2001

Tartaglia R., "L'ergonomia per un ospedale a misura di medico e paziente", Toscana Medica, anno XX, n°1, 2002

Del Vecchio M, Cosmi L, *Il risk management nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2002

# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

AA. VV., "Dossier n. 75/2002, FMEA - FMECA Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie", Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia Romagna, Novembre 2002

AA. VV., "Exploring patient safety in the OR", Risk Management Foundation Medical Institutions, Forum, Febbraio 2004, vol. 23, N°4

AA. VV., "Dossier n. 125/2006 - Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti", Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia Romagna, Aprile 2006

Nuti S, Tartaglia R, Niccolai F, Rischio clinico e sicurezza del paziente - Modelli e soluzioni nel contesto internazionale, Il Mulino, 2007

AA. VV., "Dossier n. 146/2007, Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007 - Sussidi per la gestione del rischio 8", Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia Romagna, Marzo 2007

Gawande A., "Checklist come fare andare meglio le cose", Einaudi Editore, 2011

Ghirardini A., Tartaglia R., "Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica", Springer Editore, 2013

Missiaggia M.L, Viola L, *La responsabilità sanitaria: i riflessi della riforma Gelli nel mondo degli operatori sanitari*, Edra - La Tribuna Dossier, 2017

AA VV, *Disegno di Legge Gelli. Cambiano le regole della Responsabilità sanitaria: impatti sul sistema*, Ed. AIOP, 2017

Sorgente A. E, *Legge Gelli-Bianco. Gli adempimenti operativi per le strutture sanitarie in base alla Legge 8 marzo 2017, N.24, Ed. AIPO, versione 2 - 2017*

Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management - Eds. Springer Nature: Cham Switzerland January 20, 2021*

## **Sitografia**

<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4321806.pdf> *Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria: commentario alla legge 24/2017*, Collana Medicina e Società, Quotidiano Sanità Edizioni, 2017

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_4.jsp?lingua=italiano&area=qualita](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=qualita) Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure, Ministero della salute

[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) *Rischio clinico e sicurezza del paziente*,

<http://www.regione.toscana.it/documents/10180/23345/Il+Sole+24+Ore+Sanit%C3%A0%20Toscana+10+2013.pdf/7d614803-02ab-429b-b3ac-bcc5269be391> "Il clima interno nelle Aziende sanitarie", Sole 24Ore Sanità Toscana, 20 marzo 2013

<https://www.ahrq.gov> "20 Tips To Help Prevent Medical Errors: Patient Fact Sheet", Agency for Healthcare Research and Quality, Aggiornamento Maggio 2017



# **PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2022**

Documento  
del  
28.02.2022

<https://www.ahrq.gov> "Five steps to safer healthcare: Patient Fact Sheet", Agency for Healthcare Research and Quality, Aggiornamento Settembre 2013

<https://www.ahrq.gov> "The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety", Agency for Healthcare Research and Quality, Evidence report/Technology Assessment n° 74, Maggio 2003

<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery> "WHO Guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives", 2009

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?id=2610&area=sala%20operatoria&menu=checklist](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=2610&area=sala%20operatoria&menu=checklist)

<http://www.salute.gov.it/dettaglio/documenti/Checklist.pdf> "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist", Ottobre 2009", Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio III.

[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_587\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_587_allegato.pdf) "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura", Raccomandazione n. 3, Marzo 2008", Ministero della salute, Dipartimento della qualità - Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio III.

## **Riferimenti Normativi**

- Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella, CRRC 07 Giugno 2021
- Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente, CRRC 25 Settembre 2020
- Determinazione Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali G01226 del 02/02/2018 "Revisione delle Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della Legge 24/2017"
- Determinazione Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria G00164 11.01.2019 "Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
- ALLEGATO C del DCA 8/2011 e s. m. e i. (Versione 3.3 - 15.01.2018)
- Istituzione del Centro regionale rischio clinico - Determina n. G16829 del 28/11/2017
- 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"
- DCA 328 del 4/11/2016 Approvazione delle "Linee guida per la Elaborazione e Adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
- Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti - Determina n. G12356 del 25/10/2016
- Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella - Determina n. G12355 del 25/10/2016
- Decreto del Commissario ad Acta n.U0090 del 10 novembre 2010 (delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)
- Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) - Decreto 11/12/2009

**PARS - PIANO ANNUALE PER LA  
GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO  
ANNO 2022**

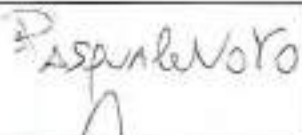

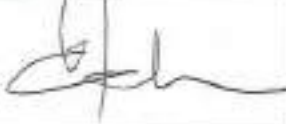


Documento  
del  
28.02.2022

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – PARS 2022**

Versione n° 1

Data di approvazione: 28 febbraio 2022

Pag. 28

Nome	Firma	Nome	Firma
Pasquale Noto		Antonino Marchese	
Maria Semeraro		Sebastiano Petracca	
Lorena Tomaselli		Seanne S. Azzolina	