



Istituto Romano di San Michele

**PIANO ANNUALE  
SUL RISCHIO  
SANITARIO  
(PARS)**

## CONTESTO ORGANIZZATIVO

ISTITUTO ROMANO SAN MICHELE	
DATI STRUTTURALI	
ASL COMPETENTE	RM2
POSTI LETTO	40
DATI DI ATTIVITA'	
GIORNATE DI DEGENZA	13995 giornate di degenza; Degenza media 274,41

## GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

### Introduzione

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono molto frequenti negli assistiti presso strutture residenziali territoriali. Il trend epidemiologico delle ICA osservato è attribuibile a diversi fattori: un aumento della proporzione di pazienti immunocompromessi o comunque fragili, l'accentuata complessità assistenziale, l'aumento delle infezioni sostenute da microrganismi resistenti agli antibiotici, per effetto della pressione antibiotica e della trasmissione di microrganismi in ambito assistenziale, gli spostamenti frequenti dei pazienti nella rete dei servizi.

Non tutte le ICA sono prevenibili, perché in alcuni casi l'infezione è solo temporalmente associata all'episodio assistenziale, senza essere imputabile ad alcun fattore modificabile: i microrganismi fanno parte della flora endogena del paziente e l'insorgenza dell'infezione è attribuibile alle particolari condizioni cliniche dell'ospite.

Studi recenti hanno però dimostrato come la quota prevenibile sia molto più ampia di quanto creduto fino a poco tempo fa. I determinanti delle infezioni correlate all'assistenza sono molteplici. Tra quelli modificabili vi sono: a) pratiche assistenziali non corrispondenti a quelle dimostrate efficaci a ridurre il rischio di infezione, in particolare nell'applicazione delle precauzioni standard (igiene delle mani, utilizzo di misure di barriera, pulizia e disinfezione dell'ambiente, disinfezione e sterilizzazione delle attrezzature e presidi riutilizzabili) e delle precauzioni specifiche per malattia infettiva, nell'assistenza a pazienti con presidi invasivi, nell'utilizzo non appropriato di antibiotici; b) carenze di risorse (carenze di risorse umane – un basso rapporto pazienti/personale è stato associato ad un aumento del rischio di infezioni – o carenze di risorse tecnologiche – ad esempio, la non disponibilità di dispositivi o presidi efficaci a ridurre la trasmissione di infezioni); c) carenze della struttura ospedaliera o impiantistiche (ad esempio nel caso di infezioni trasmesse attraverso l'acqua o l'aria, come infezioni da *Legionella* spp. o *Aspergillus* spp.).

## **Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO)**

L'Istituto Romano San Michele opera sulla prevenzione delle infezioni ospedaliere tramite un Comitato Infezioni, che, insieme al Comitato di Gestione del Rischio, esegue una dettagliata analisi annuale delle infezioni correlate all'assistenza che si verificano durante la degenza.

I dati raccolti vengono analizzati in maniera critica per estrapolare le informazioni riguardo alle azioni di miglioramento da intraprendere.

Il Comitato infezioni è stato costituito a gennaio 2022. Sono stati raccolti i dati relativi alle infezioni e i risultati vengono di seguito illustrati:

Le infezioni ospedaliere segnalate nel 2023 sono state in totale 37, con una percentuale del 72,5% sui ricoveri (37/51). Le infezioni sono state segnalate in caso di comparsa di sintomi relativi al tratto urinario o respiratorio o quando si verificava un rialzo febbrile che ha necessitato di trattamento antibiotico.

Il numero di infezioni segnalate nel 2023 grazie al lavoro attivo del comitato di infezioni ospedaliere è stato sufficiente per poter eseguire un'analisi critica dei dati. Del totale di 37 infezioni, 20 (54%) sono infezioni urinarie e 17 (46%) infezioni del tratto respiratorio. Tra le infezioni urinarie vi è da segnalare un'unica infezione da *Klebsiella pneumoniae* multiresistente che ha richiesto l'isolamento della paziente. Tutte le infezioni hanno comunque risposto alla terapia antibiotica. Tra le infezioni respiratorie, una soltanto ha richiesto trasferimento della paziente in struttura ospedaliera per acuti.

L'analisi delle infezioni ospedaliere ha permesso, come da obiettivo posto per il 2023 di sviluppare due indicatori di qualità: infezioni ospedaliere/totale dei pazienti ricoverati, infezioni urinarie /totale dei pazienti ricoverati.

### ***Azioni di miglioramento per il 2023:***

1. Prosecuzione delle segnalazioni con particolare attenzione alle cause
2. Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza
3. Aggiornamento del percorso assistenziale sull'utilizzo del catetere vescicale e sulle infezioni correlate all'assistenza

### ***Programma di buon uso degli antibiotici:***

Il CIO, insieme al CGR, si impegnano a diffondere e ad applicare all'interno della Struttura, il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020, adattandolo a quelle che sono le caratteristiche della struttura nonché la tipologia di pazienti.

Nel corso del 2023 si è proceduto all'applicazione delle seguenti procedure, correlate alla prevenzione delle infezioni ospedaliere:

- procedura operativa per la gestione delle infezioni da acinetobacter baumannii
- sorveglianza microrganismi sentinella
- controllo della legionellosi
- prevenzione della diffusione del clostridium difficile

ed inoltre, sono state protocollate le procedure relative alla gestione della biancheria del paziente e alla segnalazione degli incident reporting.

Nel 2024 si continuerà ad eseguire il monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza con segnalazione in cartella clinica informatizzata e ove possibile, con la ricerca del microorganismo responsabile, procedendo quindi alla valutazione di:

- numero di infezioni da batteri multiresistenti;
- monitoraggio della terapia antibiotica eseguita in caso di ICA;
- monitoraggio delle infezioni da alert organism.

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

Il Comitato di Gestione del Rischio esegue 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.

Tipo di eventi	N e % sul totale degli eventi	% di cadute all'interno della categoria evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di Miglioramento
Eventi Avversi	N. 73	N. 31 42,5% sul totale	Demenza (70%) Ipotensione da farmaci	Maggiore controllo dei pazienti con alto rischio di caduta nella scala Tinetti
Eventi sentinella	N. 0	N. 0		

			Distrazione del paziente	<p>Valutazione ed utilizzo degli strumenti di contenzione</p> <p>Informativa ai parenti sul rischio cadute secondo la scala di Tinetti per ottenere la collaborazione sul vestiario e sulle indicazioni da dare al paziente</p> <p>Aumentare la segnalazione degli eventi avversi e dei near miss</p>
--	--	--	--------------------------	---

Tabella 1. Eventi avversi 2023

### ***IDENTIFICAZIONE E ANALISI DEL RISCHIO***

Dal 2022, con la costituzione del CRGR, è stata iniziata un'analisi più dettagliata di tutti gli eventi che fanno parte del sistema di gestione del Rischio. Anche nel 2023, il Comitato ha continuato con la segnalazione degli eventi ed i risultati vengono di seguito illustrati.

#### **Incident reporting**

Nella stesura della relazione annuale viene adottata la seguente definizione di Evento Avverso (EA): incidente inatteso ed indesiderato, incluso nella cartella clinica ed attribuibile alla gestione sanitaria piuttosto che alla patologia di base del paziente, che ha provocato una lesione e/o disabilità e/o il prolungamento del ricovero e/o la morte. Si tratta della stessa definizione che viene riportata in diversi studi internazionali.

In tale definizione sono inclusi i seguenti criteri:

1. Infortunio/caduta del paziente durante la permanenza in ospedale;
2. Reazione allergica/avversa a farmaco;
3. Morte inattesa;
4. Infezione/sepsi acquisita in ospedale e non presente all'ammissione;
5. Qualsiasi altro risultato indesiderato non incluso nei sopra citati

La seguente tabella mette in evidenza gli indicatori utilizzati nel 2023 per la misura della qualità assistenziale:

INDICATORI RSA "TOTI" - 2023	
NUOVI INGRESSI	11
NUMERO DI RICOVERI IN STRUTTURE OSPEDALIERE	46
ETÀ MEDIA	82,04
DECESSI	3
DIMISSIONI	4
TRASFERIMENTI PRESSO STRUTTURE ACUTI	46
INDICATORI DI PROCESSO	
GIORNATE DI DEGENZA EROGATE	13995
GIORNATE DI DEGENZA DISPONIBILI	14600
DEGENZA MEDIA	274,41
TASSO DI OCCUPAZIONE	95,8%
INDICATORI DI PERFORMANCE ASSISTENZIALE	
TASSO DI MORTALITA'	5,9%
TASSO DI LDP	41,2%
TASSO DI LDP >2 GRADO	5,8%
TASSO CADUTE	60,8%
TASSO DI PAZIENTI CON CATETERE VESCICALE	5%
TASSO DI ACCESSI IN PS	54,9 %
TASSO DI INFEZIONI URINARIE	37,2%
TASSO DI PZT VACCINATI VS VIRUS INFLUENZA	95%

**Tabella 1. Indicatori 2023**

### Analisi dei dati

Nel 2023 l'IRSM ha eseguito 11 nuovi ricoveri, 4 dimissioni, 7 trasferimenti definitivi in ospedale. Si sono verificati 3 decessi con un tasso di mortalità pari al 5,9%.

Il numero di lesioni da pressione è stato in totale 21 (41,2%), di cui 3 di grado maggiore a 2 (5,8%). Nel 2023 si è deciso di inserire tra gli indicatori di performance anche il seguente: Percentuale media di risoluzione sulle lesioni da compressione / n° di lesioni da compressione rilevate. Tale indicatore ci ha permesso di valutare la percentuale di lesioni da pressione che sono andate incontro a risoluzione completa e tale percentuale è pari al 57% (12/21). Questo dato è decisamente molto importante in quanto indicatore di un'elevata qualità di assistenza, infatti, più della metà delle lesioni rilevate, grazie all'applicazione della procedura, alle medicazioni eseguite ed alla continua assistenza, sono andate incontro a risoluzione totale.

Il tasso di cadute accidentali è stato del 60,8%, con 14 cadute ripetute (ovvero pazienti che cadono più volte nel corso dell'anno). I dati relativi alle cadute sono riportati in un paragrafo specifico

illustrato di seguito.

I pazienti portatori di Catetere vescicale rappresentano una percentuale molto bassa, si tratta infatti di soli 2 pazienti su un totale di 40, a cui viene eseguito un monitoraggio costante per la valutazione dell'insorgenza delle complicanze, in particolare delle infezioni urinarie. Il catetere viene gestito secondo la procedura di riferimento.

## **Cadute accidentali**

### **Premessa**

Per la segnalazione delle cadute ci siamo attenuti alla definizione utilizzata a livello Nazionale ed internazionale, che è la seguente: un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa o clinostatica. Dati Internazionali riportano che Circa il 40% delle persone ricoverate in RSA cade almeno una volta all'anno e molti cadono più di una volta e che le cadute in un anno per posto letto ammontano a una media di 1.5 (range 0.2-3.6). Inoltre, Circa il 10%-20% delle cadute in RSA causa lesioni serie e tra il 2% e il 6% causa fratture. Molti dei soggetti ricoverati in RSA hanno già una storia di caduta e/o danni relativi alle cadute prima dell'ammissione spesso che risulta dall'anamnesi di ingresso. La “**Near Fall**” (quasi caduta) rappresenta l'improvvisa e inattesa perdita dell'equilibrio che non esita in caduta o altro danno. Sono incluse in questa categoria persone che inciampano, scivolano e/o fanno un passo falso, ma che riescono a recuperare il controllo dell'equilibrio prima di cadere.

In Italia si verificano ogni anno circa 3-4 milioni di incidenti molti dei quali sono causa di gravi traumi e danni che portano l'anziano colpito a disabilità, ricoveri e molto spesso anche a mortalità. Tra il 1998 e il 2000 in Europa 20 milioni di anziani sono stati vittima di incidenti da caduta con oltre 5 milioni di ricoveri e 56mila morti.

Circa il 28-35% delle persone di 65 anni ed oltre cade ogni anno; tale percentuale arriva fino al 42% negli ultrasettantenni. L'incidenza negli anziani residenti nelle R.S.A. è circa tre volte maggiore che nella popolazione anziana che vive a domicilio.

### **Analisi dei dati**

Nell'Istituto Romano di San Michele anche nel 2023 è stata eseguita una corretta segnalazione delle

cadute accidentali. Nel 2023 i pazienti che sono andati incontro a caduta accidentale sono stati in totale 31. La maggior parte delle cadute si verificano in camera e sono legate a fattori intrinseci al paziente (decadimento cognitivo, ipotensione, distrazione). La fascia oraria prevalente è quella mattutina, rari sono gli eventi notturni e non frequenti quelli pomeridiani. I pazienti che cadono più frequentemente sono coloro che nella valutazione della scala di Tinetti presentano un punteggio < 19 ovvero a rischio elevato.

### **Risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio**

In tabella n. 2 è possibile evidenziare i dati relativi ai risarcimenti che l'Istituto Romano San Michele ha erogato negli anni 2019-2023.

Anno	N sinistri aperti	N sinistri Liquidati	Risarcimenti erogati
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	3	0	0
Totale	3	0	0

Tabella n 2.dati relativi ai risarcimenti 2019-2023

## **DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**

Si riassume sinteticamente nella tabella 3 la posizione assicurativa dell'Istituto Romano San Michele.

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia	Premio
2023	30.06.2026	Unipol	12.302,66

Tabella 3. Posizione assicurativa

## **RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE**

Con la nomina del Comitato Ristretto, è stata iniziata l'analisi di tutte le procedure finalizzate alla gestione del rischio clinico, nonché all'adeguamento alle normative di accreditamento vigenti.

E' stata istituita la casella di posta elettronica rischioclinico@irsm.it per tutte le eventuali comunicazioni da e per il Comitato di Gestione del Rischio.

### **Procedure inserite nel percorso diagnostico assistenziale dell'RSA dell'Istituto Romano San Michele nel 2023**

Anche nel 2023 sono state inserite nuove procedure e revisionate quelle in scadenza. Le procedure sono suddivise per aree, viene riportato il numero di protocollo e viene costantemente monitorato lo stato di aggiornamento delle stesse in riferimento alle linee guida Nazionali ed internazionali.

- AREA AMMINISTRAZIONE E ACCETTAZIONE
- AREA AMMINISTRAZIONE RSPP
- AREA DIREZIONE GENERALE
- AREA DIREZIONE SANITARIA
- AREA MEDICA
- RISK MANAGEMENT
- FISIOTERAPIA
- PSICOLOGIA/ASSISTENTE SOCIALE

Nel 2024 verranno aggiornate tutte le procedure inserite nel 2020 e pertanto in scadenza.

<b>Obiettivo</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Attività 1 Percorsi assistenziali	Inseriti percorsi assistenziali e procedure operative	Diffusione e applicazione delle procedure
Attività 2 Cartella clinica	Ottimizzazione dell'utilizzo della CC informatizzata	Aumentare il numero di segnalazioni di incident reporting grazie al sistema di segnalazione informatizzato

		che permette l'analisi completa dei dati per reparto
Attività 3 Audit su cadute accidentali	SI	Audit e formazione sugli indicatori di qualità
Attività 4 Audit su Violenza contro operatori sanitari	SI	Incrementare il numero di segnalazioni per valutare i fattori di rischio
Attività 5 Audit su lavaggio delle mani	SI	Monitoraggio delle schede secondo il Piano di Intervento regionale sull'Igiene delle Mani

## MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Come descritto nel *DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO* la realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

1. Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al Direttore Generale;
2. Presidente del CIO: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifico sul rischio infettivo.
3. Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;
4. Direzione Generale: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente.

Azione	Presidente CIO	RM	Responsabile UO affari legali/generali	Direttore Generale	DS
Redazione del PAICA	R	C		I	I
Redazione del PARS	C	R		I	I
Piano sulla sinistrosità, organizzazione delle risorse e direttive specifiche	I	I	R	I	I
Deliberazione del PARS	I	I	I	C	I

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

## OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### Obiettivi

Obiettivi strategici del presente PARS sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con applicazione delle nuove procedure sul rischio clinico introdotte nel 2023;
- 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, con particolare riferimento agli indicatori sulla qualità dell'assistenza;
- C) Miglioramento dell'applicazione di un del Piano di Azione locale sull'Igiene delle mani;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

### Attività

In questa sezione vengono elencate le attività che sono previste per il raggiungimento degli obiettivi:

- A) Migliorare la qualità assistenziale con riduzione del numero di cadute accidentali;
- B) Monitoraggio continuo sull'igiene delle mani e sull'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale al fine di ridurre il numero di infezioni correlate all'assistenza;
- C) Migliorare la qualità assistenziale tramite la revisione ed applicazione della procedura sulla gestione delle urgenze/emergenze mirato al setting assistenziale erogato dalla struttura;
- D) Monitoraggio dei programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship).

OBIETTIVO	OBIETTIVO								
Migliorare la qualità assistenziale con riduzione del numero di cadute accidentali;	Monitoraggio continuo sull'igiene delle mani e sull'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale al fine di ridurre il numero di infezioni correlate all'assistenza								
<b>ATTIVITÀ 1</b> Esecuzione di un corso mirato alla riduzione delle cadute accidentali con particolare attenzione ai pazienti ad alto rischio (punteggio scala Tinetti < 19) ed alle cadute ripetute	<b>ATTIVITÀ 2</b> Applicazione del piano di azione locale sull'Igiene delle mani;								
<b>INDICATORE</b> Esecuzione del corso entro il 30/06/2024	<b>INDICATORE</b> Esecuzione del corso entro 31/12/2024								
<b>STANDARD</b> SI	<b>STANDARD</b> SI								
<b>FONTE</b> CIO/CICA	<b>FONTE</b> CGR								
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'</b>	<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'</b>								
<table border="1"> <tr> <td>Azione</td> <td>Comitato gestione del Rischio</td> </tr> <tr> <td>Programmazione del corso</td> <td>RM</td> </tr> </table>	Azione	Comitato gestione del Rischio	Programmazione del corso	RM	<table border="1"> <tr> <td>Azione</td> <td>Comitato gestione del Rischio</td> </tr> <tr> <td>Programmazione del corso</td> <td>RM</td> </tr> </table>	Azione	Comitato gestione del Rischio	Programmazione del corso	RM
Azione	Comitato gestione del Rischio								
Programmazione del corso	RM								
Azione	Comitato gestione del Rischio								
Programmazione del corso	RM								

Esecuzione del Corso	Comitato gestione del Rischio		Esecuzione del Corso	Comitato gestione del Rischio	
-------------------------	----------------------------------	--	-------------------------	----------------------------------	--

## MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

1. Presentazione al Direttore Generale;
2. Pubblicazione sul sito dell'IRSM;
3. Diffusione del documento al personale sanitario dell'IRSM;

## BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)
2. Manuale di formazione per il Governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori. 2012
3. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020
4. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_640\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf)
5. PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI. Prima emissione: 19 febbraio 2021. Centro Regionale Rischio Clinico Regione Lazio.
6. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie – Ministero della Salute Ministero della Salute - Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN
7. Le cadute negli anziani – Istituto Superiore di Sanita (Epicentro)
8. Kannus P, Parkkari J, Niemi S, Palvanen M. Fall-induced deaths among elderly people. *Am J Public Health.* 2005;95(3):422-24. DOI: 10.2105/AJPH.2004.047779
9. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LD, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA.* 2003;289(9):1107-16. DOI: 10.1001/jama.289.9.1107

10. Zecevic AA, Salmoni AW, Speechley M, Vandervoort AA. Defining a fall and reasons for falling: comparisons among the views of seniors, health care providers, and the research literature. *Gerontologist*. 2006;46(3):367-76
11. Da Silva Gama ZA, Gómez-Conesa A. Risk factors for falls in the elderly: systematic review. *Rev Saúde Pública* 2008;42(5):946-56
12. Falls in older people: assessing risk and prevention Clinical guideline [CG161] Published date: 12 June 2013
13. Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani - Ministero della salute [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
14. Barelli P. Prevenzione delle cadute nell'anziano. Dossier Infad 2006
15. Istituto superiore di sanità (a cura di Nicoletta Bertozzi, Patrizia Vitali, Dipartimento di sanità pubblica, Azienda sanitaria di Cesena). Studio Argento. Indagine sulla salute nella terza età in Emilia-Romagna, 2003

**IL CLINICAL RISK MANAGER**

**DOTT.SSA RENATA PETRONI**

## **ALLEGATO 1**

### **PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI**

Il Piano è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e delle Strutture; le Azioni previste dal Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

Nel corso del 2023 è stato eseguito un corso specifico finalizzato alla valutazione dello stato di applicazione del Piano di Azione locale per l'igiene delle mani ed alla messa in atto di azioni di miglioramento nelle sezioni in cui il risultato del questionario fosse insoddisfacente. Durante lo svolgimento del corso sono state compilate tutte le sezioni del questionario con i seguenti risultati:

## **RISULTATI DEL QUESTIONARIO**

**Sezione A: punteggio 50. Livello base**

**Sezione B: punteggio 60. Intermedio**

**Sezione C: punteggio 5. Inadeguato**

**Sezione D: Punteggio 50. Livello base**

### **Azioni di miglioramento**

I questionari sono stati compilati nel secondo semestre del 2023; alla luce dei risultati ottenuti è stata costituita una 'task force' per il monitoraggio e l'implementazione del piano. Nel corso del primo semestre del 2024 verranno rivalutati i questionari per verificare se le azioni di miglioramento proposte abbiano portato ad incrementare i punteggi ottenuti, in particolar modo nelle sezioni a più basso risultato.