



PARS 2024

PARS Rev.00

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO**

STR/REP/UFF.: Intera Struttura

Pagina 1 di 27

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO**

PARS 2024

Villa Mendicini

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
		Pagina 2 di 27

INDICE

1.	Contesto organizzativo	Pag. 3
2.	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	Pag. 5
3.	Descrizione della posizione assicurativa	Pag. 7
4.	Resoconto delle attività del piano precedente	Pag. 8
5.	Matrice delle responsabilità	Pag. 15
	<i>Altre azioni intraprese dalla Direzione Amministrativa e dal Risk Manager nel 2023</i>	
	<i>Formazione Risk Manager</i>	
6.	Obiettivi e Attività	Pag. 20
	<i>Obiettivi</i>	
	<i>Attività</i>	
7.	Obiettivi ed attività per la gestione del rischio infettivo	Pag. 23
8.	Modalità e diffusione del documento	Pag. 26
9.	Bibliografia, sitografia e riferimento normativi	Pag. 26

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	STR/REP/UFF.: Intera Struttura
		Pagina 3 di 27

1. Contesto Organizzativo

La Struttura Gestione Romana Ospedaliera S.r.l. – Clinica Villa Mendicini - eroga servizi sanitari e socio sanitari per il trattamento e la riabilitazione dei disturbi correlati alla salute mentale (SRTRi – SRTRe) ed è Residenza Sanitaria Assistenziale RSA, comprendente Mantenimento A, Intensiva exR1, Estensiva ed Estensiva per Disturbi Cognitivi Comportamentale Gravi, accreditata con il servizio Sanitario Regionale Lazio.

Per quanto riguarda il Rischio Clinico la Struttura mantiene come obiettivo il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie e la diffusione della cultura della sicurezza delle cure soprattutto per quanto riguarda le infezioni correlate all'assistenza ICA.

Si adottano protocolli e pratiche assistenziali secondo le indicazioni del Ministero della salute, della regione e della ASL di appartenenza.

Nella pandemia da COVID-19 abbiamo seguito e continuiamo a seguire le disposizioni ministeriali.

La Struttura dispone di diverse stanze singole per i degenti, in caso di necessità una di queste stanze viene destinata all'isolamento.

All'ingresso è adottata la procedura di controllo (Triage).

Le visite ai degenti per i reparti SRTRi –SRTRe continuano ad essere programmate mentre in tutti i nuclei della RSA si accede liberamente, muniti di mascherina FFP2, in due fasce orarie ben definite, la mattina dalle h 10:00 alle h 11:00, il pomeriggio dalle h 16:00 alle h 17:00 tutti i giorni.

Il personale usa regolarmente i DPI, in tutti gli ambienti sono disponibili i dispenser con gel idroalcolici, la pulizia degli ambienti medesimi è frequente ed accurata.

Per gli operatori sanitari vengono organizzati annualmente corsi di formazione sul rischio clinico, sulla igiene delle mani, sulle infezioni nosocomiali.

Per quanto riguarda il CCICA (Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza) esso è stato istituito in data 25.09.2019 e le funzioni che lo compongono sono state aggiornate l'ultima volta in data 17.07.2023.

COMPOSIZIONE CCICA – Clinica Villa Mendicini

➤	PRESIDENTE CCICA e RISK MANAGER	PCCICA
✓	COMPONENTE : Medico Responsabile Psichiatria	MRPSIC
✓	COMPONENTE : Medico Responsabile RSA	MRSA
✓	COMPONENTE : Responsabile di Area e Coordinatore Infermieristico	RAECI
✓	COMPONENTE : Coordinatore Attività Socio Sanitarie	COASS
✓	COMPONENTE : Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione	RSPP
✓	COMPONENTE : Direzione Amministrativa	DAMM
✓	COMPONENTE : Responsabile Sistema di Gestione Qualità	RQ

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
Pagina 4 di 27		

Tabella 1 – Aziende e strutture territoriali: Presidio Villa Mendicini

Clinica Villa Mendicini			
DATI STRUTTURALI			
ASL Roma 2 Territorialmente competente			
Posti letto ordinari	n. 92	S.R.T.R. i.	20 posti letto
		S.R.T.R.e.	10 posti letto
		RSA - Mantenimento A	20 posti letto
		R1 Intensiva	3 posti letto
		R1 Intensiva - DGR 153/2023	7 posti letto
		R2 Estensiva - DGR 153/2023	20 posti letto
		R2D Estensiva DCCG - DGR 153/2023	12 posti letto
DATI DI ATTIVITÀ PER SINGOLO PRESIDIO ^(A)			
Giornate di degenza	Totale GG Degenza 24.556	S.R.T.R. i.	7.131
		S.R.T.R.e.	3.641
		RSA - Mantenimento A	7.228
		R1 Intensiva	1.070
		R1 Intensiva - DGR 153/2023	802
		R2 Estensiva - DGR 153/2023	2.687
		R2D Estensiva DCCG - DGR 153/2023	1.997

(A): Dati forniti dalla Direzione Amministrativa e aggiornati al 31/12/2023.

La società Gestione Romana Ospedaliera S.r.l. denominata "Villa Mendicini" è iscritta alla Camera del Commercio di Roma al numero 71479 - C.T.C. ROMA 135/33 con C.F. 02642340588 e P.IVA 01093511002 - codice NSIS **120111**.

Ubicazione: Via degli Olmi 55 - 00172 Roma

Recapiti della struttura: Tel./Fax: +39 06 230 7444;

sito web istituzionale: www.villamendicini.it

Posta elettronica certificata aziendale: grosrl@legalmail.it

L'organizzazione opera essenzialmente nel territorio della Provincia di Roma ed in particolare nell'ambito di interesse dell'Azienda Sanitaria ASL RM2.

L'assistenza svolta da Villa Mendicini nel campo della salute mentale e dei disturbi correlati e di prestazioni in RSA si articola in 6 diverse tipologie di intervento assistenziale, riabilitativo e sociale.

2 . Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2023 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss^(A)	5 *	Strutturali (%) Tecnologici (%) Organizzativi (50%) Procedure/Comunicazione (50%)	Strutturali (%) Tecnologiche (%) Organizzative (50%) Procedure/ Comunicazione (50%)	Sistemi di reporting (100 %) Sinistri (%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) Ecc.
Eventi Avversi^(A)	35 **			
Eventi Sentinella^(A)	0 ***			

(A):

* Eventi evitati (Near miss o Close call): Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

** Eventi Avversi - Adverse event: Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile"

*** Eventi Sentinella (Sentinal event) : Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Fonte: Glossario Ministero della Salute

(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul *cloud* regionale.

Dalla suddetta tabella si evince che in Clinica Villa Mendicini si sono verificati 40 eventi avversi.

Nel primo semestre sono stati valutati ed analizzati 4 eventi avversi.

Si precisa che in ordine cronologico gli eventi avversi si sono succeduti:

20.02.23 urto accidentale di paziente contro una vetrata

22.02.23 aggressione verbale di degente verso operatori sanitari

23.02.23 atto aggressivo di paziente verso operatore sanitario

03.03.23 atto aggressivo di paziente verso operatore sanitario.

Il gruppo di lavoro costituitosi al fine di analizzare tali eventi, ha effettuato un attento esame-vedi relativi verbali-sottolineando per gli atti aggressivi l'attinenza al relativo protocollo messo a conoscenza degli operatori. Dal punto di vista medico si è constatata la congruità della terapia. Si è appurata la casualità degli atti, in relazione a stati soggettivi episodici.

Per l'urto accidentale contro la vetrata l'azione di miglioramento è avvenuta apponendo strisce adesive di miglioramento della visibilità.

Gli eventi avversi valutati e analizzati nel secondo semestre 2023 sono 31 di cui 26 cadute, un caso di ago cannula sfilata e 4 atti aggressivi considerati avversi poiché senza esiti. Delle 26 cadute, 15 senza alcun esito si sono verificate in RSA Mantenimento alto, 2 senza esito in RSA Estensiva, 1 senza esito in RSA DCCG;

4 con esito lieve in RSA Mantenimento alto, 1 con esito lieve in RSA Estensiva, 1 con esito lieve in SRTR-i;

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
		Pagina 6 di 27

1 con esito moderato in RSA Mantenimento alto, 1 con esito moderato in RSA estensiva.

Per quanto riguarda gli atti aggressivi, 1 con esito lieve è stata una lite tra un ospite della RSA Mantenimento alto ed un paziente del reparto SRTR-i;

1 atto aggressivo senza esito nei confronti dell'infermiere da parte di un paziente del reparto SRTR-i;

1 atto aggressivo con esito lieve verso operatore da parte di un ospite della RSA mantenimento alto;

1 atto aggressivo senza esito nei confronti dell'infermiere da parte di un ospite della RSA.

Nel caso di ago cannula sfilata, indagando sui fattori che hanno potuto causare il verificarsi di tale evento, sicuramente c'è la scarsa conoscenza dell'ospite da parte dell'infermiere che ha posizionato l'ago cannula. Ma anche la mancata informazione da parte del medico che ha prescritto la somministrazione per l'ospite che è demente. Per il futuro si auspica che tutto il personale debba conoscere gli ospiti con i quali si interfaccia, in modo tale da saperli gestire e soprattutto una maggiore attenzione da parte dei Medici per quanto riguarda l'inserimento e la formazione dei neoassunti.

Riguardo agli atti aggressivi, valutati ed analizzati i casi si concorda che la lite tra il paziente del reparto SRTR-i e l'ospite della RSA sia dovuta soprattutto alla difficoltà di comunicazione con quest'ultimo che parla soltanto un dialetto afghano e conosce poche parole in italiano, e al suo vissuto. Va anche precisato che l'ospite partecipa a tutte le attività psico-educative che gli vengono proposte e generalmente è accidentato nei confronti degli ospiti più fragili degenti in RSA. Si confida molto nell'incontro già programmato che si avrà con il mediatore culturale. Nel frattempo tutta l'equipe farà il possibile per non favorire il ripetersi di tali atti.

Per i due atti aggressivi avvenuti in RSA si concorda sulla casualità degli atti, in relazione a stati soggettivi episodici. Tuttavia si procede a tenere calmo l'ospite con opportuna terapia mostrando attenzione anche all'aspetto relazionale con gli operatori che a volte inconsapevolmente potrebbe suscitare reazioni di rabbia da parte dell'ospite.

Per l'evento registrato nel reparto SRTR-i si precisa che il paziente è con schizofrenia resistente ai farmaci e che alterna fasi di aggressività a fasi di relativo benessere.

Ad ogni evento avverso è seguito un audit, sono state richiamate le relative procedure aziendali, sono state analizzate le criticità e intraprese le azioni di miglioramento.

I fattori causali e/o contribuenti sono stati collegati a modalità organizzative e procedurali non temporaneamente seguite per cause contingenti e poi corrette.

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

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2018	0	0,00 €
2019	0	0,00 €
2020	0	0,00 €
2021	0	0,00 €
2022	0	0,00 €
2023	1	0,00 €
Totale	1	0,00 €

Fonte dati: Ufficio Amministrazione – periodo di riferimento anno 2023

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

3 . Descrizione della posizione assicurativa

Gestione Romana Ospedaliera S.r.l. ha stipulato apposita polizza assicurativa secondo quanto previsto dalla Legge n° 24 del 08/03/2017 in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, al fine della gestione di eventuali contenziosi.

Tabella 4 – Descrizione della posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021/2022	410623521	GENERALI ITALIA SPA	€ 22.249,0 lordo annuo	€ 5.000	Corso Trieste
2022/2023	410623521	GENERALI ITALIA SPA	€ 22.249,50 lordo annuo	€ 5.000	Corso Trieste
2023/2024	410623521	GENERALI ITALIA SPA	€ 26.772,00 lordo annuo	€ 5.000	Corso Trieste

Fonte dati: Ufficio Amministrazione – periodo di riferimento anno 2023-2024

4. Resoconto delle attività del piano precedente

Nel precedente PARS 2023 sono stati definiti quattro obiettivi strategici a livello regionale:

- 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 sulla igiene delle mani attraverso piano di azione locale;
- D) promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni da enterobatteri produttori carbapenemasi (CPE).

Tabella 5 – Resoconto delle attività del Piano precedente

Obiettivo (A) : Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
<p>Attività 1A – Progettazione di una edizione di un corso base del rischio clinico entro il 31.12.2023</p>	SI	<p>In data 26.10.2023 è stato effettuato dal Risk manager un corso di formazione rivolto a tutti gli operatori sanitari dal titolo "Il Rischio Clinico <i>Elementi base su Il Governo Clinico</i>".</p> <p>SINTESI ARGOMENTI TRATTATI: L'argomento trattato riguarda la diffusione e cultura del Risk management e suoi obiettivi. Definizione di Rischio Clinico e Governo Clinico, di Evento Avverso e di Errore. Le ICA e le attività di loro prevenzione come elemento centrale del Governo Clinico.</p> <p>Note sull'andamento del corso: C'è stata la presenza di diverse figure dell'equipe che ha reso l'andamento del corso abbastanza interattivo. Tale interazione ha consentito il confronto tra diverse figure professionali provenienti da reparti diversi della stessa struttura.</p>
<p>Attività 2A – Progettazione ed esecuzione almeno semestrale di una verifica sulla corretta tenuta della cartella clinica tramite un gruppo di lavoro costituito dal Risk manager, dal Coordinatore infermieristico e dalla Direzione Amministrativa.</p>	SI	<p>In data 30.06.2023 viene effettuata una verifica sulla corretta tenuta della cartella clinica per il reparto RSA Mantenimento alto e il reparto DCCG. Il gruppo di lavoro è costituito dall'Amministratore Unico, dal Responsabile del sistema di gestione della qualità, dal Medico responsabile, dal Coordinatore infermieristico, dal Risk manager e da due medici di reparto. Nelle conclusioni si invita il personale a controllare tutti i frontespizi degli estratti delle cartelle e ove manca inserire il numero di cartella e se possibile rivedere anche tutte le terapie. Si osserva che il personale presente si impegna a supportare il personale medico nell'aggiornare in data odierna le non conformità rilevate.</p> <p>In data 28.08.2023 viene effettuata una verifica sulla corretta tenuta della cartella clinica presso i reparti: DCCG, RSA Estensiva, RSA Intensiva e presso lo studio medico. Il gruppo di lavoro è costituito dall'Amministratore Unico, dal Responsabile del sistema di gestione della qualità, dal Medico responsabile, dal Coordinatore infermieristico, dal Risk manager. Nelle conclusioni si invita il Medico Responsabile, a ricontrollare tutte le cartelle esaminate e a provvedere a colmare le lacune e a rimediare agli errori di compilazione dei moduli secondo procedura. Si osserva che il personale presente osserva che non vi è un sufficiente coordinamento tra l'equipe medica dovuto probabilmente ad una insufficiente comunicazione intra equipe.</p>

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO**

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

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	Realizzata (A)	Stato di attuazione
Attività 1B – Monitoraggio, registrazione almeno semestrale degli eventi avversi ed effettuazione dei relativi audit entro ogni semestre 2023.	SI	<p>Ad ogni evento avverso/near miss è seguito un audit, sono state richiamate le relative procedure aziendali, sono state analizzate le criticità e intraprese le azioni di miglioramento. Nel primo semestre in ordine cronologico gli eventi avversi si sono così succeduti:</p> <p>20.02.23: urto accidentale di paziente contro una vetrata; 22.02.23: aggressione verbale di degente verso operatori sanitari; 23.02.23: atto aggressivo di paziente verso operatore sanitario; 03.03.23: atto aggressivo di paziente verso operatore sanitario;</p> <p>Nel secondo semestre si sono verificati 5 near miss cronologicamente così ordinati:</p> <p>07.06.23: near miss – siringa trovata incustodita in stanza dell'ospite in RSA; 23.08.23: near miss - veicolo lasciato con motore acceso dal referente del catering, un paziente del reparto STRR-i si accinge ad aprire lo sportello del veicolo; 26.08.23: near miss - trovato farmaco non appartenente al reparto SRTR-i; 30.08.23: near miss - trovato nella confezione farmaco improprio non appartenente al reparto SRTR-i; 15.11.2023: near miss - ingestione volontaria di fungo parassita di albero, da ospite RSA;</p> <p>Sempre nel secondo semestre sono stati valutati e analizzati 31 di cui 26 cadute di cui 1 caso di agocannula sfilata e 4 atti aggressivi considerati avversi poiché senza esiti. Escluse le cadute essi in ordine cronologico si sono così succeduti:</p> <p>26.06.23: l'ospite viene trovata con ago cannula sfilata; 12.06.23: lite tra un ospite della RSA ed un paziente del reparto SRTR-i; 22.08.23: atto aggressivo senza esito nei confronti dell'infermiere da parte del paziente del reparto SRTR-i; 22.09.23: atto aggressivo con esito lieve verso operatore da ospite RSA; 30.10.23: atto aggressivo senza esito nei confronti dell' infermiera, da ospite RSA.</p>
Attività 2 B – Monitoraggio almeno semestrale delle cadute riguardanti i degenti della RSA con relazione conclusiva sulle condizioni migliorative apportate e/o apportate, entro il 31.12.1023.	SI	<p>Nel secondo semestre sono state valutate e analizzate 26 cadute di cui sono stati condivisi i risultati e, quindi le azioni migliorative mediante i relativi audit. Delle 26 cadute, 15 senza esito si sono verificate in RSA mantenimento alto; 2 senza esito in RSA estensiva, 1 senza esito nel reparto per DCCG; 4 con esito lieve in RSA mantenimento alto; 1 con esito lieve in RSA estensiva; 1 con esito lieve in SRTR-i; 1 con esito moderato in RSA mantenimento alto; 1 con esito moderato in RSA estensiva.</p> <p>Valutati e analizzati tutti i casi si conviene che nella maggior parte delle cadute i fattori che hanno favorito gli eventi sono da attribuire a problemi neuro cognitivi, alla mancata autonomia e a problemi di equilibrio motilità e tono muscolare che caratterizzano gli ospiti coinvolti dei reparti di RSA. Altri fattori sono legati al personale che, nei limiti delle risorse disponibili a volte non riesce ad intensificare la</p>

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
		Pagina 10 di 27

		<p>supervisione.</p> <p>Per quanto riguarda la caduta avvenuta nel reparto SRTR-i, essa è da attribuire a calzature non idonee indossate dal paziente, alla poca reattività del paziente, tossicodipendente e sedato farmacologicamente, sebbene la sedazione fosse in diminuzione in vista delle dimissioni.</p> <p>Esse in ordine cronologico si sono così succedute:</p> <p>06.06.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 07.06.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto con esito lieve; 05.08.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 07.08.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 09.08.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto con esito lieve; 11.08.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 22.08.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 02.09.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto con esito lieve; 15.09.2023 caduta accidentale in RSA Estensiva senza esito; 21.09.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 22.09.2023 caduta accidentale in RSA Estensiva senza esito; 24.09.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 27.09.2023 caduta accidentale in RSA Estensiva con esito lieve; 02.10.2023 caduta accidentale in RSA Estens. con esito moderato; 10.10.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 10.10.2023 caduta accidentale in SRTRi con esito lieve; 18.10.2023 caduta accidentale in RSA Mant. A con esito moderato 26.10.2023 caduta accidentale in DCCG senza esito; 29.10.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 30.10.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 01.11.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 06.11.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 24.11.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito; 01.12.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto con esito lieve; 04.12.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito esito; 13.12.2023 caduta accidentale in RSA Mant. Alto senza esito;</p>
--	--	--

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
		Pagina 11 di 27

Obiettivo (C): Favorire una visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo del paziente ma anche degli operatori e della struttura

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
<p>Attività 1 C– Convegno fra diversi operatori sanitari della Struttura che tenga conto della sicurezza dei deenti, degli operatori e della struttura medesima, ed elabori eventuali migliorie, tutto entro il 31.12.2023.</p>	SI	<p>In data 15.11.2023 si tiene “<i>Convegno tra diversi operatori che tenga conto della sicurezza dei degenti, degli operatori e della struttura stessa ed elabori eventuali migliorie</i>”.</p> <p>SINTESI ARGOMENTI TRATTATI:</p> <p>Le fisioterapiste indicano la necessità di segnalare ad ogni nuovo ricovero abbigliamento e scarpe consone all’espletamento dell’intervento fisioterapico. Ciò gioverebbe sia all’ospite sia all’operatore.</p> <p>Suggeriscono , inoltre di ampliare la formazione interna riguardo al corretto utilizzo degli ausili (ad es: il sollevatore) per il personale OSS al fine di tutelare sia l’ospite sia l’operatore. Sarebbe anche auspicabile che l’operatore imparasse a rispettare i tempi di risposta</p> <p>Il medico responsabile dell’area psichiatrica introduce l’argomento del saper gestire la comunicazione, partendo dal presupposto che è importante saper gestire la propria emotività. Si distingue tra il parlare e il comunicare, si illustrano le principali caratteristiche di una corretta comunicazione, il tutto intercalato da diversi esempi. Si propone, poi, di istituire uno spazio dedicato all’ascolto per gli operatori. I referenti potrebbero essere la Dottoressa stessa o gli psicologi. Si concorda di redigere un progetto per poi condividerlo ed attuarlo. Ci si propone di creare anche un gruppo di lavoro nell’ambito del risk management finalizzato anche ad aumentare il senso di appartenenza da parte degli operatori.</p> <p>Il coordinatore infermieristico invita a riflettere sui rischi a cui ogni operatore può incorrere nell’espletare il proprio lavoro. Specificamente suggerisce una maggiore accortezza nello smaltire aghi o altro materiale usato dagli infermieri.</p> <p>Suggerisce anche di incrementare la formazione per gestire l’aggressività da parte del paziente.</p> <p>Il medico responsabile dell’area psichiatrica sottolinea l’importanza di fare il corso con docenti interni alla struttura per potersi soffermare su casi della nostra realtà clinica. Il Risk Manager ricorda l’importanza dell’applicazione di tutte le procedure in essere, per la sicurezza degli ospiti, dell’operatore e dell’azienda stessa. Ricorda poi l’importanza della comunicazione con i familiari durante il processo di cura. Infine ribadisce l’importanza di rispettare le indicazioni per la corretta igiene delle mani e a tal proposito informa che a breve si terrà un corso di aggiornamento e formazione.</p> <p>Note sull’andamento del convegno: l’evento ha visto la partecipazione attiva di tutti i presenti e l’intenzione di attuare le proposte di miglioramento suggerite. Tuttavia si è notata l’assenza del personale infermieristico, socio-sanitario ed in parte del personale medico, probabilmente impegnati in attività di reparto.</p>

(A): Sulla base dello standard prefissato per l’indicatore relativo alla specifica attività

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
		STR/REP/UFF.: Intera Struttura Pagina 12 di 27

Obiettivo (A) : Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
<p>Attività 1A – Progettazione ed esecuzione di un corso di formazione sulle ICA rivolto a tutti gli operatori sanitari da effettuarsi entro 31.12.2023</p>	SI	<p>In data 22.11.2023 il medico Responsabile RSA ha tenuto un corso dal titolo “Implicazioni cliniche delle infezioni correlate all’assistenza”.</p> <p>SINTESI ARGOMENTI TRATTATI: sono stati affrontati il tema delle infezioni nosocomiali favorite e peggiorate da incongrue e prolungate terapie antibiotiche. E’ stato affrontato il tema della brevità della terapia antibiotica per prevenire il riconoscimento dell’antibiotico da parte del genoma del battere e sviluppo dell’antibiotico resistenza. Delineata la diversità tra fattori esogeni ed endogeni dell’infezione ospedaliera. Esposto il tema dei principi della terapia antibiotica. Si sono esposti casi clinici come esemplificazione.</p> <p>Note sull’andamento del corso: scorrevolezza e partecipazione con interesse e curiosità suscitando interesse e richiesta esplicitazioni, chiarimenti e approfondimenti.</p>
<p>Attività 2A – Incontri periodici almeno semestrali del CCICA, in tema di infezioni correlate all’assistenza e loro prevenzione, entro il 31.12.2023.</p>	SI	<p>Nel primo semestre, in data 27.04.2023 si riunisce il CCICA della Clinica esaminando dapprima la situazione attuale riguardo alle infezioni nosocomiali. Abbiamo rilevato che sono state diagnosticate alcune polmoniti, ben trattate e guarite in base agli esami emoculturali. Pochissimi, essendosi il quadro aggravato, sono stati trasferiti in ospedale, onde avvalersi di cure e monitoraggi strumentali non disponibili nella nostra Struttura riabilitativa. Le infezioni delle vie urinarie rappresentano il 40% di tutte le altre infezioni e vengono curate con antibiotici somministrati in base ad urinocoltura e relativo antibiogramma. Le infezioni dei decubiti sono rare poiché gli operatori sono assidui nelle medicazioni e qualora necessari eseguiamo tampone con conseguente antibiogramma. Inoltre il personale è edotto sulle normative igieniche, soprattutto il lavaggio delle mani a proposito del quale effettuiamo corsi annuali come richiesto dalla Regione Lazio. Sulle infezioni nosocomiali, come già in passato, sarà tenuto apposito corso di formazione.</p> <p>Nel secondo semestre in data 23.08.2023 si riunisce il CCICA il cui oggetto è: <i>ICA: prevenzione, monitoraggio e comunicazione tra il personale sanitario.</i></p> <p>Il Comitato in oggetto si riunisce poiché si rende necessario ribadire che un programma di controllo delle infezioni coinvolge tutti ad ogni livello dell’organizzazione.</p> <p>Si ricorda che l’ICA è qualificabile nella maggior parte dei casi come un evento avverso prevenibile in quanto attribuibile ad un errore che può essere latente nel sistema o attivo.</p> <p>Brevemente si accenna che gli errori latenti possono riguardare carenze della Struttura Sanitaria o i impiantistiche o carenze di risorse, sia umane, sia strutturali, sia tecnologiche, sia organizzative.</p> <p>Gli errori attivi possono derivare da pratiche assistenziali inadeguate, quali assenza o inadeguatezza di Precauzioni Standard, assenza o inadeguatezza di precauzioni specifiche, utilizzo inappropriato degli antibiotici.</p>

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
		Pagina 13 di 27

	<p>Si informa che in sede di contenzioso per infezioni, è dimostrato che nella maggior parte dei casi il principale responsabile è la Struttura sanitaria.</p> <p>Le infezioni correlate all'assistenza insorgono durante il trattamento sanitario e sono quasi sempre attribuibili ad una carenza del sistema, sono tutte prevedibili, ma non tutte prevenibili. Esse possono essere prevenute attraverso l'adozione di pratiche sicure e semplici come il lavaggio delle mani e il rispetto delle procedure standard. E' importante tracciare tutto quello che si fa.</p> <p>In caso di contenzioso la struttura deve essere in intr i risultati delle attività di monitoraggio e di sorveglianza (es.: la riduzione delle prescrizioni inappropriate di antibiotici, i consumi) e gli esiti delle osservazioni dirette dei comportamenti degli operatori sanitari durante tutte le loro attività. Inoltre è importante saper comunicare ai familiari quali sono i rischi di infezione, coinvolgere il paziente nel processo di cura e lasciare traccia scritta.</p> <p>E' fondamentale, poi, che si metta in atto una comunicazione chiara, sia informale, sia formale tra tutto il personale sanitario, a partire dal medico responsabile.</p> <p>In relazione al rapporto annuale riguardo l'uso di antibiotici, si ricorda ai medici responsabili di utilizzare, per l'attività di monitoraggio, il già indicato Mod. RAANTB Rev.00 facendo riferimento ai singoli reparti. Ciò si rende necessario per avere chiaro i dati che il Coordinatore Amministrativo dovrà inserire nella <i>tabella valutazione indicatori di processo</i> dei vari reparti e codificata Mod. TVIP Rev.00.</p> <p>Si ricorda che segnalare importanti inadeguatezze e/o potenziali fonti di rischio non significa mettere in atto una caccia al colpevole, ma rientra nella cultura del reporting and learning finalizzata al miglioramento di tutta l'organizzazione per la sicurezza del paziente e degli operatori sanitari. Inoltre segnalare i rischi lavorativi è anche un obbligo per i lavoratori, dirigenti e i preposti ai sensi del D.Lgs. 81/2008.</p>
--	---

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

Obiettivo (B): implementazione del piano di intervento regionale sulla igiene delle mani attraverso piano di azione locale		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1B – Redazione del piano di azione locale sull'igiene delle mani ed invio entro il 31.12.2023 al crcc.	SI	Inviato al CRRC entro il 31.12.2023 il piano di azione locale sull'igiene della mani denominato PALIMAN 2023 Rev.00.

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
		STR/REP/UFF.: Intera Struttura Pagina 14 di 27

<p>Attività 2B – Progettazione di un corso di formazione sulla igiene delle mani rivolto a tutti gli operatori sanitari, entro il 31.12.2023.</p>	SI	<p>In data 30.11.2023 il Risk Manager tiene un corso di "Aggiornamento e formazione per la corretta igiene delle mani".</p> <p>SINTESI ARGOMENTI TRATTATI: viene illustrato il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani. Particolare attenzione viene dedicata ai cinque momenti dell'igiene delle mani. Si analizzano le varie sezioni del Piano di intervento regionale soffermandosi sui questionari di autovalutazione. Si costituisce un primo gruppo di osservatori che si dovrà adeguatamente formare per poter espletare l'attività di monitoraggio e feedback.</p> <p>Testi e documenti consegnati: Poster su come lavarsi le mani con acqua e sapone/con soluzione alcolica. Poster che sintetizzano i cinque momenti al letto del paziente e i cinque momenti in caso di paziente su sedia a rotelle.</p> <p>Note sull'andamento del corso: c'è stata scarsa presenza di personale infermieristico e socio- sanitario poiché impegnati nei diversi reparti della struttura. Tuttavia diverse figure dell'equipe presenti hanno reso l'andamento del corso molto interattivo. Tale interazione ha consentito di portare all'attenzione diverse criticità che saranno sicuramente monitorate grazie anche al futuro monitoraggio degli osservatori.</p>
--	----	--

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

Obiettivo (C): promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni da enterobatteri produttori carbapenemasi (CPE).

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
<p>Attività 1C - Monitoraggio e registrazione almeno semestrale delle infezioni da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).</p>	SI	<p>Effettuato monitoraggio semestrale entro il 30.06.2023 ed altro monitoraggio semestrale entro il 31.12.2023 delle infezioni.</p> <p>Nel primo semestre sono state diagnosticate alcune polmoniti, ben trattate e guarite in base agli esami emocolturali. Pochissimi, essendosi il quadro aggravato, sono stati trasferiti in ospedale, onde avvalersi di cure e monitoraggi strumentali non disponibili nella nostra Struttura riabilitativa. Le infezioni delle vie urinarie rappresentano il 40% di tutte le altre infezioni e vengono curate con antibiotici somministrati in base ad urinocoltura e relativo antibiogramma. Le infezioni dei decubiti sono rare poiché gli operatori sono assidui nelle medicazioni e qualora necessari eseguiamo tampone con conseguente antibiogramma.</p> <p>Nel secondo semestre si è avuto anche un caso di paziente già infetto e portatore di <i>Acinetobacter Baumannii</i>. Una volta accettato il paziente viene messo in stanza di isolamento e gestito secondo quanto indicato dalla nostra procedura di gestione del paziente infetto.</p> <p>Nello stesso periodo si apprende che anche un'altra paziente sarebbe venuta in contatto con tale batterio, che non presenta stato infettivo poiché non ha mai avuto malattia infettiva da <i>Acinetobacter Baumannii</i>, ma colonizzazione rettale per la quale si ripete il tampone rettale e che si normalizza in maniera spontanea, ossia senza antibiotico. Tuttavia per eccesso di zelo anche la signora viene posta in isolamento.</p>

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

5. Matrice delle responsabilità

Tabella 6 – Matrice delle responsabilità

AZIONE / ATTIVITA'	Presidente CICA	Risk Manager	Responsabile affari legali	Direttore Amministrativo	Struttura di supporto				
Redazione PARS	R	R	C	C	-				
Redazione obiettivi ed attività	R	R	C	C	-				
Adozione PARS con deliberazione	I	I	C	R	-				
Monitoraggio PARS	R	R	C	C	C				
Monitoraggio obiettivi ed attività (punto 7 delle linee guida)	R	R	C	C	C				
Legenda: R = Responsabile ; I = Interessato ; C= Coinvolto.									

ALTRE AZIONI INTRAPRESE DALLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA E DAL RISK MANAGER NELL'ANNO 2023

In data 07.01.2023 il Risk manager emette una comunicazione rivolta a tutto il personale sanitario, il cui oggetto è: Rischio clinico e Sicurezza delle cure. Note a riguardo.

Nel documento si fa presente l'importanza della visita medica e di tutte le attività paramediche svolte con costanza e attenzione, nei riguardi dei degenti della struttura riabilitativa. Per quanto le degenze siano croniche o per lunghi periodi, la cartella clinica e la SUT, come già ribadito, vanno attentamente seguite e aggiornate.

Come dalle linee guida regionali e dai Piani Aziendali, è importante la cura e prevenzione delle ICA, dei decubiti, delle sindromi da allettamento, dei disturbi cognitivi, delle cadute, comunque di tutte le patologie connesse.

Gli eventi avversi vanno segnalati al Risk manager.

Ad ogni cambio turno le consegne vanno date con precisione.

I familiari hanno il diritto di essere informati dai medici sulle condizioni dei degenti.

La quotidiana solerzia professionale è fondamentale per la nostra etica lavorativa e per il raggiungimento di tutte le indicazioni ed obiettivi della Sanità regionale e nazionale.

In data 30.03.2023 il Risk manager ha provveduto anche ad una comunicazione indirizzata all'amministrazione ed operatori sanitari, su modalità di trasferimento dei degenti.

In data 23.03.2023 provvede ad una comunicazione indirizzata all'amministrazione, sulla importanza sia della SUT sia del modulo terapia nella cartella clinica.

In data 05.06.2023 la Direzione amministrativa convoca una riunione intrafunzionale il cui oggetto è : *Aggiornamento su Ordinanza del Ministero della salute del 28 aprile 2023 – "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'epidemia da COVID-19 concernenti l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie (proroga dell'utilizzo delle mascherine dal 1°maggio 2023 al 31 dicembre 2023)".*

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
Pagina 16 di 27		

In data 07.06.2023 la Direzione amministrativa indice un incontro con riferimento alla questione della tenuta e conservazione della cartella clinica ai fini della sua archiviazione, le due tematiche devono essere affrontate separatamente.

In data 13.06.2023 il Risk manager indice una riunione intrafunzionale il cui oggetto è: *briefing per la corretta applicazione delle procedure per la gestione del paziente infetto e del paziente tracheostomizzato nell'ottica della prevenzione del rischio infettivo. Risk Management.*

In data 28.06.2023 l'Amministratore unico e il Risk manager effettuano un controllo sui Dispenser contenenti gel igienizzante per l'igiene delle mani.

In data 17.07.2023 si aggiornano le funzioni componenti il Comitato aziendale di controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) – Regolamento CCICA della Struttura Gestione Romana Ospedaliera "Clinica Villa Mendicini".

In data 16.08.2023 il Risk manager emette un avviso rivolto a tutti gli operatori sanitari il cui oggetto è: sorveglianza oggetti pericolosi.

In data 05.09.2023 il Risk manager emette una comunicazione rivolta a tutto il personale sanitario, il cui oggetto è: visione e corretta applicazione del PROT_PREINFLAVMAN Rev. 03.

Nella comunicazione si invitano tutti gli operatori sanitari a prendere visione del protocollo in allegato denominato PROT_PREINFLAVMAN Rev.03 prevenzione infezioni e lavaggio mani e ad applicare quanto in esso indicato. La sua corretta applicazione è finalizzata a prevenire il rischio infettivo e quindi alla tutela di tutti gli assistiti, di tutti gli operatori sanitari e della Struttura.

In allegato è presente anche un foglio firme da firmare per presa visione.

In data 13.09.2023 la Direzione Amministrativa convoca una riunione intrafunzionale il cui oggetto è: *Aggiornamento delle misure di prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2 – al Capo VI Art. 9. "Abolizione degli obblighi in materia di isolamento e auto sorveglianza e modifica della disciplina del monitoraggio della situazione epidemiologica derivata dalla diffusione del virus SARS-CoV-2".*

In data 19.09.2023 il Risk manager emette un avviso rivolto a Tutto il Personale Medico della RSA –Tutti i nuclei il cui oggetto è: sollecito applicazione della procedura di corretta idratazione.

In data 09.10.2023 l' Amministratore Unico, mediante avviso rivolto a tutto il personale ricorda che è necessario i seguenti accorgimenti:

- I medicinali non devono essere tolti dalle loro confezioni originarie;
- Non si devono tagliare i blister;
- Non si devono conservare farmaci sfusi.

Sarà necessario segnalare possibili pericoli in maniera ben visibile.

In data 10.10.2023 il Risk manager invia al crrc una BREVE SINTESI DELLE INIZIATIVE DI SENSIBILIZZAZIONE, COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE/FORMAZIONE RIVOLTE AI CITTADINI, PAZIENTI E OPERATORI PREVISTE SUL TEMA: *Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita: Comunicazioni Mappatura del rischio.*

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
		Pagina 17 di 27

Il documento sintetizza quanto segue:

E' stata posta particolare attenzione alle indicazioni per l'accesso dei parenti, visitatori e operatori esterni alla struttura durante e dopo l'emergenza SARS-COV-2. Si è seguito rigorosamente il Protocollo per le visite ai congiunti e le uscite degli ospiti.

L'obiettivo specifico del documento è quello di definire le linee di indirizzo affinché vengano adottate le idonee misure di carattere strutturale, organizzativo e procedurale al fine di garantire le condizioni di sicurezza ad ospiti, familiari e personale durante le visite e le uscite autorizzate accompagnate in ottemperanza alle prescrizioni governative.

Tale protocollo si è messo in atto seguendo le indicazioni ministeriali e revisionandolo ad ogni nuova circolare ministeriale. Al fine di tutelare sempre più la salute degli ospiti degli operatori e dei visitatori stessi, si sono perfezionate le modalità fino a giungere ad una prassi efficace e consolidata. Solo alcuni operatori si sono occupati di gestire gli accessi dei visitatori. Sono stati utilizzati gli allegati previsti dal protocollo dove venivano registrati gli appuntamenti con i nominativi dei visitatori e degli ospiti, la data della telefonata per prenotare la visita, la data della visita, l'orario di ingresso e di uscita. Copie di tale modulistica compilata, venivano lasciate e aggiornate costantemente nelle mediche dei vari reparti e in guardiania all'ingresso della struttura. In una prima fase, nei reparti, a disposizione degli operatori socio- sanitari venivano lasciate ulteriori griglie con le sole fasce orarie, i nominativi degli ospiti e dei visitatori. Successivamente per semplificare la procedura e facilitare la gestione delle visite da parte dell'operatore socio-sanitario, nella griglia veniva inserito solo il nome dell'ospite, affinché questi potesse essere preparato nei tempi giusti. L'operatore socio-sanitario aveva anche il compito di supervisionare che il visitatore indossasse l'opportuna mascherina o gli altri dispositivi di protezione individuale qualora si dovesse accedere nelle stanze in caso di ospite allettato. Tale rigorosa procedura ha consentito che non si verificassero sovrapposizioni negli appuntamenti, ma soprattutto ha consentito che tutti gli attori coinvolti potessero condividere sia teoricamente che praticamente una modalità operativa che tendeva a mettere tutti in sicurezza riducendo il rischio di infezione.

Ciclicamente o in relazione a particolari eventi l'azienda mediante avvisi interni richiama l'attenzione del personale sanitario sull'importanza di seguire rigorosamente le indicazioni delle procedure operative presenti in tutti i reparti. Nel corso dell'anno gli avvisi hanno riguardato: Il lavaggio delle mani, il rischio clinico e la sicurezza delle cure, il controllo dei farmaci e relative scadenze, raccomandazioni per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA, monitoraggio del carrello di emergenza e relativa tempistica, la corretta gestione della cartella clinica, l'importanza di scrivere in modo chiaro e comprensibile a tutti nella cartella clinica, chiari passaggi di consegna sia dai medici che dagli infermieri al momento del cambio turno, messa in atto di una comunicazione chiara, sia informale, sia formale tra tutto il personale sanitario, a partire dal medico responsabile, l'importanza di saper comunicare ai familiari quali sono i rischi di infezione, coinvolgere il paziente nel processo di cura e lasciare traccia scritta, monitoraggio delle cadute, sorveglianza sul consumo degli antibiotici.

Altra tipologia di avvisi riguarda tutti, lavoratori utenti e visitatori. Ad oggi almeno tre volte dall'inizio dell'anno in corso è stato comunicato che in tutti i locali della struttura permane l'obbligo di utilizzo dei dispositivi di protezione individuale delle vie respiratorie fino al 31 dicembre 2023. Inoltre si ribadisce la necessità di continuare ad adottare le misure comportamentali individuali e collettive previste e/o raccomandate, oltre all'uso della mascherina e igiene delle mani, aerazione dei locali e ponendo attenzione alle situazioni di assembramento.

Altro avviso riguarda la sorveglianza di oggetti pericolosi. Si ricorda a tutto il personale di vigilare rigorosamente affinché alcun ospite sia in possesso di oggetti pericolosi quali oggetti taglienti, forbici, accendini al fine di tutelare l'incolumità dell'ospite stesso e di tutti gli altri, compreso il personale. Nello specifico dell'accendino si invita il personale a controllare che alcuno ne sia in possesso in modo particolare prima di mettersi a letto la sera.

Si invita, inoltre, a sensibilizzare anche i caregiver affinché non consegnino agli ospiti i sopracitati oggetti.

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
		Pagina 18 di 27

Qualora il personale ravvisi difficoltà nel farsi consegnare qualsiasi degli oggetti citati, informare tempestivamente il personale medico che potrà intervenire sull'ospite.

Infine nelle cartelle cliniche c'è una sezione dedicata alle comunicazioni ai familiari o caregiver, anche quelle che riguardano la sicurezza del proprio congiunto nel momento in cui questo esca in permesso con il parente. Particolare attenzione viene data alla comunicazione con i parenti di ospiti con disfagia. Lo scopo è informare il familiare che l'ospite può mangiare soltanto una certa tipologia di cibo e bere liquidi che abbiano una particolare consistenza.

Un ulteriore argomento condiviso con i familiari riguarda il vestiario e le calzature degli ospiti. Il familiare viene edotto sui rischi per un ospite demente qualora indossi vestiti con bottoni, lacci o zip. A volte il familiare/caregiver ha difficoltà ad accettare che il proprio congiunto sia a tal punto regredito da portare qualsiasi oggetto alla bocca. Per quanto riguarda le calzature è il fisioterapista che si interfaccia con il familiare/caregiver indicando ad personam quelle più opportune. In data 11.10.2023 durante una riunione d'equipe l'Amministratore Unico ricorda che i farmaci hanno l'obbligo di essere contenuti nelle proprie scatole e il blister non deve essere tirato fuori dalla scatola.

Il Risk manager che sui computer dei vari reparti all'interno della cartella denominata DOC_PRESCRITTIVI è presente un'altra cartella denominata LINEE GUIDA RACCOMANDAZIONI MINISTERO dove sono contenute raccomandazioni per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike ossia farmaci LASA.

Dal mese di ottobre ci si attiva per la somministrazione dei vaccini antinfluenzali e anticovid per coloro che firmeranno il consenso.

In data 07.12.2023 il Risk manager emette una comunicazione rivolta a A Tutto il Personale sanitario della RSA -Tutti i nuclei il cui oggetto è: osservanza e corretta applicazione dei protocolli: PROT_VALDOL Rev 02, PROT_PINFNOS Rev. 03, PROT_ALZASS Rev.03.

Nel documento si evidenzia che nell'ambito del governo clinico, la presente comunicazione si rende necessaria affinché gli interventi degli operatori sanitari siano altamente professionali nel rispetto della dignità della persona, della tutela degli ospiti, di tutto il personale sanitario e della Struttura. Pertanto, al fine di migliorare i nostri interventi, si invita ad osservare ed applicare correttamente i seguenti protocolli: PROT_ALZASS Rev.03 Protocollo alzata;

PROT_PINFNOS Rev. 03 Protocollo prevenzione infezioni nosocomiali;
 PROT_VALDOL Rev.02 Protocollo valutazione e trattamento del dolore.

In data 30.11.2023 si costituisce il gruppo di osservatori per il monitoraggio della corretta igiene delle mani.

In data da 18.12.2023 il Risk manager verifica la disponibilità dei prodotti per l'igiene delle mani, la formazione del gruppo degli osservatori per il monitoraggio della corretta igiene delle mani e con loro le schede di monitoraggio già utilizzate.

In data 19.12.2023 il Risk manager procede ad un corso interno per la formazione neo-assunto nella figura della terapeuta occupazionale Dott.ssa G. F..

SINTESI ARGOMENTI TRATTATI: Il corso viene erogato per soddisfare uno degli obiettivi previsto nel Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani. Si è esaminata il rapporto della corretta igiene delle mani con le

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
		Pagina 19 di 27

ICA e con la cultura della sicurezza delle cure. Si illustrano gli obiettivi del documento, gli ambiti di applicazione e il glossario. Ci si sofferma sulla tecnica del lavaggio, i vari tipi di lavaggio e i diversi tipi di detergente. Ci si sofferma sulla differenza tra colonizzazione e infezione. Particolare attenzione viene dedicata ai cinque momenti dell'igiene delle mani. Si rimanda alla necessità di implementare le conoscenze messe a disposizione mediante presa visione e applicazione di protocolli sanitari interni. Si lascia in visione una copia da approfondire del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani.

FORMAZIONE RISK MANAGER

In data 16.06.2023 il Risk manager partecipa al Tavolo Permanente Rischio clinico dalle h 10:00 alle h 13:00 presso la sala Tirreno Regione Lazio.

In data 20.07.2023 il Risk manager partecipa in modalità on-line al corso *Approccio Sistemico alla gestione del Rischio relativamente alle Infezioni Correlate all'Assistenza*: Modulo I organizzato da FEDERSANITA' ANCI.

In data 04.10.2023 il Risk manager ha preso visione del documento denominato *RELYENS Risk Management sanitario in Italia – Indagini su Strumenti e risorse destinati alle Cure*.

In data 07.11.2023 il Risk manager in modalità on-line Corso di Formazione per le Figure Aziendali della Prevenzione – *Il benessere Occupazionale: il Vademecum per la Prevenzione del Rischio Stress Lavoro Correlato e la Promozione della Salute* dalle h 14:00 alle h 18:15- organizzato da UU.OO.CC. S.Pre.S.A.L. delle ASL Roma 2, ASL Roma 1 e ASL Frosinone in collaborazione con la U.O.S.D. Professioni Sanitarie Riabilitative ASL Roma 2.

In data 10.11.2023 il Risk manager partecipa in modalità on-line al corso *Approccio Sistemico alla gestione del Rischio relativamente alle Infezioni Correlate all'Assistenza*: Modulo II organizzato da FEDERSANITA' ANCI.

In data 01.12.2023 il Risk manager ha partecipato al Webinar PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE *Risultati dell'indagine nazionale sulle condizioni sociali ed economiche delle famiglie delle persone con demenza (2023)* dalle h 11:00 alle h 13:30 organizzato da ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute *Reparto Promozione e Valutazione delle Politiche di Prevenzione delle Malattie Croniche*.

In data 06.12.2023 il Risk manager ha partecipato al Webinar PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE *Risultati delle Survey delle RSA (2023)* dalle h 11:00 alle h 13:30 organizzato da ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute *Reparto Promozione e Valutazione delle Politiche di Prevenzione delle Malattie Croniche*.

In data 15.12.2023 il Risk manager ha partecipato al Webinar PROGETTO FONDO PER L'ALZHEIMER E LE DEMENZE *Presentazione Linea Guida per la diagnosi e trattamento della demenza e MCI (2023)* dalle h 10:00 alle h 13:30 organizzato da ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ Centro Nazionale Prevenzione delle Malattie e Promozione della Salute *Reparto Promozione e Valutazione delle Politiche di Prevenzione delle Malattie Croniche*.

In data 21.12.2023 il Risk manager partecipa al Tavolo Permanente Rischio clinico dalle h 10:00 alle h 14:00 presso la sala Tirreno Regione Lazio.

6. Obiettivi e attività

I tre 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) promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

N.B.: le strutture devono declinare un minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici.

Tabella 7 – Declinazione delle attività

OBIETTIVO A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.			
ATTIVITÀ 1 – Progettazione di una edizione di un corso sul rischio clinico, specificamente sulla prevenzione delle LdP entro il 31.12.2024.			
INDICATORE Effettuare il corso di formazione rivolto a tutti gli operatori entro il 31.12.2024			
STANDARD SI			
FONTE Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Coordinatore Infermieristico	Medico Responsabile
Progettazione del corso	R	I	I
Esecuzione del corso	R	C	R
-----	----	----	----
ATTIVITÀ 2 – Progettazione ed esecuzione almeno semestrale di una verifica sulla corretta adozione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per la prevenzione delle lesioni da Pressione tramite un gruppo di lavoro costituito dal Risk Manager, dal Medico Responsabile, dal Coordinatore Infermieristico e dalla Direzione amministrativa. Parametri da stimare: valutazione delle condizioni generali, mobilità, percezione sensoriale, apporto nutrizionale, incontinenza, condizione mentale, idratazione.			
INDICATORE Verifica entro ogni semestre 2024 sulla corretta adozione del PAI per la prevenzione delle lesioni da pressione.			
STANDARD SI			

FONTE Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Coordinatore Infermieristico	Direzione Amministrativa
Progettazione della verifica	R	I	C
Esecuzione della Verifica	R	C	R
-----	-----	-----	-----

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

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 3 – Monitoraggio, registrazione almeno semestrale degli eventi avversi ed effettuazione dei relativi audit ed invio nel SIRES.

INDICATORE

Registrazione e monitoraggio ed invio nel SIRES degli eventi avversi entro ogni semestre 2024

STANDARD

SI

FONTE

Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Quality Manager	Coordinatore Clinico
Registrazione Eventi	R	C	C
Effettuazione Audit	R	C	C
-----	----	----	----

ATTIVITÀ 4 – Monitoraggio almeno semestrale delle cadute riguardante i degenti della RSA con relazione conclusiva sulle condizioni migliorative apportate e/o da apportare, entro il 31.12.2024

INDICATORE

Monitoraggio, registrazione semestrale e relazione conclusiva entro il 31.12.2024.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Medico Responsabile	Coordinatore Infermieristico
Monitoraggio degli eventi	R	R	C
Attività di relazione	R	R	C

ATTIVITÀ 5 – Evidenza di una rilevazione sistemica, e non solo su base volontaria, degli eventi avversi entro il 31.12.2024

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
Pagina 22 di 27		

INDICATORE			
Revisione retrospettiva, almeno semestrale, mediante la metodologia Global Trigger Tool, di un campione casuale di cartelle cliniche, per la ricerca di trigger (o indizi) finalizzati ad identificare possibili eventi avversi entro il 31.12.2024.			
STANDARD			
SI			
FONTE			
Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Medico Responsabile	Coordinatore Infermieristico
Monitoraggio degli eventi	R	R	C
Attività di relazione	R	R	C

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

OBIETTIVO C): promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).				
ATTIVITÀ 6 – Evidenza di un piano di monitoraggio sistematico delle misure preventive delle ICA.				
INDICATORE				
Sviluppare/revisionare procedure operative sulla corretta gestione della terapia antibiotica (Antimicrobial stewardship), finalizzate ad un buon ed efficace utilizzo degli antibiotici riducendo lo sviluppo di resistenze entro il 31.12.2024.				
STANDARD				
SI				
FONTE				
Risk Manager				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk Manager	Responsabile di Area	Medico responsabile	Direzione Amministrativa
Organizzazione dell'evento	R	C	R	C
Relazione conclusiva dell'evento	R	C	C	C

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

7. Obiettivi ed attività per la gestione del rischio infettivo.

I tre obiettivi strategici definiti al livello regionale sono:

- a) diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- b) implementazione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali individui le attività da raggiungere entro il 31.12.2024, gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- c) migliorare la appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio o contenimento delle ICA incluse quelle da CPE.

La nostra struttura declina le seguenti cinque attività distribuite su tutti e tre i suddetti obiettivi strategici.

OBIETTIVO A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento del rischio infettivo			
ATTIVITÀ 1 – Progettazione ed esecuzione di un corso di formazione mirato al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA, rivolto a tutti gli operatori sanitari, da effettuarsi entro il 31.12.2024			
INDICATORE Effettuazione del corso entro il 31.12.2024			
STANDARD SI			
FONTE Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Coordinatore Clinico	Medico responsabile
Progettazione del corso	R	C	R
Effettuazione del corso	R	C	R
-----	----	----	----
ATTIVITÀ 2 – incontri periodici almeno semestrali del CCICA, in tema di infezioni correlate all'assistenza e loro prevenzione, entro il 31.12.2024			
INDICATORE Effettuazione riunione CCICA nel 2024 divisa per semestre			
STANDARD SI			
FONTE Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	CICCA	
Convocazione riunione	R	C	
Partecipazione alla riunione	R	R	
-----	-----	-----	-----

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

OBIETTIVO B): implementazione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali individui le attività da raggiungere entro il 31.12.2024, gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi

ATTIVITÀ 3 – Redazione del Piano di Azione locale sulla igiene delle mani ed invio al crcc.

INDICATORE

Progettazione, esecuzione ed invio del piano di intervento locale sulla igiene delle mani entro il 28.02.2024 al crcc.

STANDARD

SI

FONTE

Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Quality Manager	Direzione Amministrativa
Progettazione del piano	R	C	C
Redazione ed invio	R	R	C
-----	----	----	----

ATTIVITÀ 4 – Progettazione ed effettuazione di un corso di formazione sulla igiene delle mani rivolto a tutti gli operatori sanitari, entro il primo semestre 2024.

INDICATORE

Effettuazione del corso entro il 31.12.2024

STANDARD

SI

FONTE

Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Coordinatore Clinico	
Progettazione del corso	R	C	
Esecuzione del corso	R	C	

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

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
Pagina 25 di 27		

OBIETTIVO C): migliorare la appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE.

ATTIVITÀ 5 – Monitoraggio e registrazione almeno semestrale delle infezioni da CRE entro il 31.12.2024.

INDICATORE

Effettuazione e monitoraggio delle infezioni da CRE ogni semestre del 2024

STANDARD

SI

FONTE

Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Coordinatore di Area	Medico responsabile	
Monitoraggio infezioni	R	C	R	
Registrazione delle infezioni	R	C	C	

ATTIVITÀ 6 – Favorire tutte le good practices per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza entro il 31.12.2024.

INDICATORE

Promozione dell'utilizzo di soluzioni idroalcoliche per l'igiene delle mani. Effettuazione e monitoraggio del consumo di SIA entro il 31.12.2024

STANDARD

SI

FONTE

Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Manager	Coordinatore di Area	Quality Manager	Direzione Amministrativa
Monitoraggio SIA	R	I	C	I
Registrazione del consumo di SIA	R	I	C	I

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

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	
	STR/REP/UFF.: Intera Struttura	
		Pagina 26 di 27

8. Modalità e diffusione del documento

Modalità e diffusione del documento

La Gestione Romana Ospedaliera S.r.L. clinica Villa Mendicini assicura la diffusione del suddetto piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS 2024) , redatto seguendo le linee guida regionali, mediante:

- pubblicazione del PARS sul sito internet aziendale;
- invio del PARS entro il 28.02.2024 in formato pdf nativo al centro regionale crrc@regione.lazio.it;
- presentazione del PARS alle funzioni mediche, amministrative ed operative dell'azienda;
- disponibilità cartacea del PARS presso tutte le strutture dell'azienda;
- disponibilità agli interessati che ne facciano esplicita richiesta.

9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi

Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS). Regione Lazio. Centro Regionale Rischio Clinico. Determina 25.01.2022 n. G00643-

Determinazione Regionale G 12355 del 25.10.2016 "Approvazione del documento definizione dei criteri per la corretta classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"

Seduta della conferenza Stato – Regione del 20.03.2008 "Intesa tra Governo. Regioni e Provincia Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del Rischio Clinico" e la sicurezza dei pazienti e delle cure Legge 05.06.2003 n. 131.

Determinazione Regionale G12356 del 25.10.2016 "Approvazione del piano regionale per la prevenzione della caduta dei pazienti".

Circolare ministeriale 8-1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza".

Ministero della Salute. I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani.
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?id=195.

Decreto Ministero della salute 11.12.2009 istituzione del sistema informativo errori in sanità (SIMES)

Risk management in sanità il problema degli errori. Ministero della salute.

Commissione tecnica sul Rischio Clinico DM 05.03.2003

Epidemiology of medical error. 2000.B.M.J 320:774-777. Weingart. Wilson. Gibberd. Harrison.

Decreto legislative 09.04.2008 n° 81 recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro".

Decreto Legisl. 19.06.1999 n° 229 "Norme per la razionalizzazione del SSN".

	PARS 2024	PARS Rev.00
	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO	STR/REP/UFF.: Intera Struttura
		Pagina 27 di 27

“La sicurezza del paziente” Vincent C. 2011 edizione italiana a cura di Tartaglia R. et alii Spinger Verlag Italia.

“Economia ed organizzazione delle aziende sanitarie” 2014 Messina G. Libreria Universitaria Edizioni Webster S.r.L. Padova.

Risk Management strumenti e politiche 1996 Forestieri G. EGEA Milano.

Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico Resistenza (PNCAR) 2017-2020.

Patient Safety 2003 Farnkel A. jt Comm j Qual Improv 299:16-26 Istituto Superiore di Sanità. Antibiotici: dai dati del Rapporto AIFA informazioni utili e proposte per un uso più appropriato.

<https://www.epicentro.iss.it/antibiotico-resistenza/resistenza>.

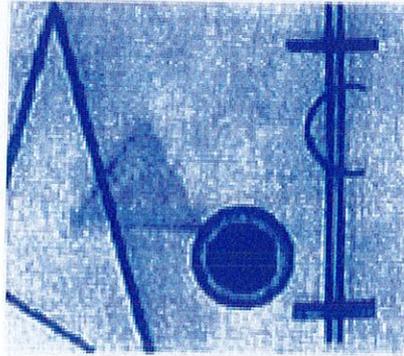
Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.

Roma lì, 14 febbraio 2024

Il Risk Manager
Dott.ssa Antonella Cione


Per approvazione l’A.U.
Gestione Romana Ospedaliera S.r.l.

Marta Rencricca

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

CLINICA VILLA MENDICINI

Gestione degli indici di Revisione e delle Autorizzazioni

			AUTORIZZAZIONI		
Rev.	Data	Descrizione delle modifiche	Elaborato da:	Verificato da:	Approvato da:
00	30/11/2023	Prima Emissione	Risk Manager Dott.ssa Antonella Cione <i>Antonella Cione</i>	Medico Resp. RSA-Tutti <i>[Signature]</i> Dott. Colombo Taranto Medico Responsabile SRTR-i/SRTR-e Dott.ssa Nicole Romeo <i>Nicole Romeo</i>	AU Marta Rencicca <i>Marta Rencicca</i>
01	19/02/2024	Aggiornamento ed inserimento nuovi paragrafi: Igiene delle mani, I cinque momenti dell'igiene delle mani e conclusioni.	Risk Manager Dott.ssa Antonella Cione <i>Antonella Cione</i>	Medico Resp. RSA-Tutti <i>[Signature]</i> Dott. Colombo Taranto Medico Responsabile SRTR-i/SRTR-e Dott.ssa Nicole Romeo <i>Nicole Romeo</i>	AU Marta Rencicca <i>Marta Rencicca</i>



INDICE

PREMESSA.....	Pag. 3
INTRODUZIONE.....	Pag. 3
OBIETTIVI DEL DOCUMENTO.....	Pag. 4
AMBITI DI APPLICAZIONE.....	Pag. 4
GLOSSARIO.....	Pag. 4
METODOLOGIA DI RIFERIMENTO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO.....	Pag. 5
L'IGIENE DELLE MANI.....	Pag. 5
I CINQUE MOMENTI DELL'IGIENE DELLE MANI.....	Pag. 7
VALUTAZIONE AMBITI E AZIONI.....	Pag.11
CONCLUSIONI.....	Pag.12
MODALITA' E DIFFUSIONE DEL PIANO.....	Pag.13
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI.....	Pag.13



PREMESSA

Il presente documento è redatto ai sensi del Piano di Intervento regionale sull'Igiene delle mani del 19 febbraio 2021.

La clinica Villa Mendicini eroga servizi sanitari e socio-sanitari per il trattamento e la riabilitazione dei disturbi correlati alla salute mentale ed è residenza sanitaria assistenziale accreditata con il Servizio Sanitario Regionale del Lazio.

Nell'area psichiatrica la struttura è suddivisa in due reparti residenziali psichiatrici.

La prima tipologia afferisce alla struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per trattamenti comunitari estensivi delle patologie sub-acute e post-acute per adulti SRTR-e.

La seconda tipologia afferisce alla struttura residenziale terapeutico-riabilitativa per trattamenti comunitari intensivi delle patologie delle patologie sub-acute e post-acute per adulti SRTR-i.

La struttura RSA, residenza sanitaria assistenziale per persone non autosufficienti è costituita da quattro nuclei:

- Nucleo Assistenza Residenziale 20 p.r. – livello assistenziale: " Mantenimento A".
- Nucleo Assistenza Residenziale 10 p.r. – livello assistenziale: " Intensivo".
- Nucleo Assistenza Residenziale 20 p.r. – livello assistenziale: " Estensivo".
- Nucleo Assistenza Residenziale 12 p.r. – livello assistenziale: " Estensivo per DCCG".

Per quanto riguarda il rischio clinico la struttura si attiene all'obiettivo di miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie e dell'aumento della sicurezza dei pazienti, degli operatori e della struttura stessa.

Per ciò che attiene alle infezioni correlate all'assistenza (ICA) adotta pratiche assistenziali sicure onde ridurre al minimo o eliminare il rischio di complicanze infettive.

In data 25 settembre 2019 è stato istituito il CCICA (Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'assistenza), tutt'ora in essere.

Vengono disposte specifiche operatività e corsi di formazione per la prevenzione e gestione delle ICA.

INTRODUZIONE

Il Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio ha predisposto Il Piano di Intervento regionale sull'Igiene delle mani (prima emissione del documento 19.02.2021-Determina 26.02.2021 n° G02044).

Il provvedimento dispone che tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale effettuino l'autovalutazione prevista dal Piano Regionale ed elaborino un Piano di Azione Locale sulla base dei risultati di tale autovalutazione. Tale Piano è stato inserito fra le attività previste dal Piano Annuale delle infezioni correlate all'assistenza (PAICA) a partire dall'anno 2022 e fra le attività previste dal PARS (Piano Annuale per la gestione del Rischio Clinico) a partire dall'anno 2023.

Le ICA sono tutte le infezioni riconducibili all'assistenza che non erano presenti né in incubazione al momento iniziale dell'assistenza, compaiono almeno 48 ore dopo, possono manifestarsi anche dopo la dimissione e possono riscontrarsi fra i visitatori e il personale della struttura. Le ICA sono l'evento avverso più frequente nell'assistenza sanitaria, causano prolungamento delle degenze, disabilità a lungo termine, decessi, sviluppo di resistenze agli antibiotici da parte di microrganismi patogeni.

E' evidente, quindi, che la corretta pratica dell'igiene delle mani, come ha dimostrato la Pandemia da SARS-COV-2, è la più semplice ed efficace prevenzione delle ICA.

Essa previene o riduce: la colonizzazione ed infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni, la diffusione di tali microrganismi nell'ambiente sanitario, le infezioni causate da microrganismi endogeni, la colonizzazione ed infezione degli operatori sanitari.

	PALIMAN 2024	PALIMAN Rev.01
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	
	STR/REP/UFF.: Intera struttura	
Pagina 4 di 13		

Il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani è stato predisposto per le suddette motivazioni e con la strategia "Clean care is Safer Care" promossa nel 2005 dall'OMS.

OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

L'obiettivo del Piano è quello di tutelare gli assistiti, gli esercenti la professione sanitaria e la Struttura.

AMBITI DI APPLICAZIONE

Il documento è rivolto alla direzione della Struttura e agli esercenti la professione sanitaria. Le azioni previste dal Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

GLOSSARIO

Antisepsi delle mani: La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.

Agente antisettico: Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.

Bundle: Un bundle è un insieme contenuto (da 3 a 5) di interventi, comportamenti e/o pratiche evidence-based, rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente. Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.

CCICA: Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

Colonizzazione: Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite.

Disinfezione: Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.

Frizione antisettica: Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.

ICA: infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale e che non era presente né in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.

Igiene Ospedaliera: Disciplina che contempla tutti gli aspetti relativi al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori e degli operatori sanitari. Da un punto di vista gestionale consiste nell'insieme di funzioni che mira a garantire in modo efficiente che un qualsiasi setting assistenziale (ospedale,



ambulatorio, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.

Infezione: Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria.; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.

Punto di Assistenza: Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.

METODOLOGIA DI RIFERIMENTO PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO

Nel caso delle ICA, tutti gli elementi contenuti negli ambiti Strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale devono essere sincronicamente presenti se si vuole raggiungere il risultato, e cioè prevenire, monitorare e controllare efficacemente le ICA. Per questo, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità normativamente attribuite, è fondamentale un pieno ed esplicito mandato da parte della Direzione strategica/proprietà della Struttura.

L'IGIENE DELLE MANI

La pratica dell'igiene delle mani è importante in tutti i momenti dell'assistenza e in ogni contesto assistenziale, può essere effettuata nei seguenti modi:

1. **Frizione con soluzione alcolica:** ha l'obiettivo di ridurre la cosiddetta flora microbica transitoria.
 - a. Prodotto da utilizzare: soluzioni a base alcolica conformi alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791;
 - b. Tempo di lavaggio: 20-30 secondi.

Come eseguirla: applicare il prodotto sul palmo della mano e frizionare tra loro le mani coprendo tutta la superficie dei palmi e del dorso, delle dita, degli spazi interdigitali e ungueali, fino a che le mani sono asciutte.

Rappresenta il metodo di prima scelta per l'igiene delle mani, in quanto è veloce, efficace e ben tollerato dalla cute. Sostituisce il lavaggio cosiddetto sociale (eseguito con acqua e sapone) e quello antisettico (eseguito con acqua ed antisettico). Inoltre può essere effettuata, con tempi e modalità diversi da quelli descritti. Inoltre può essere reso disponibile al punto di assistenza e non necessita di particolari infrastrutture (ad es.: lavandino, sapone, salviette asciugamani).

2. **Lavaggio con acqua e sapone o con acqua e sapone antisettico:** l'uso del sapone consente l'allontanamento meccanico della flora microbica transitoria, mentre il sapone antisettico esercita anche un effetto antimicrobico.

- a. Prodotti da utilizzare: comune detergente o detergente antisettico;
- b. Tempo di lavaggio: 40-60 secondi.

**Come eseguirlo:**

- bagnarsi con acqua le mani;
- applicare una dose di detergente sufficiente a coprire tutta la superficie delle mani;
- insaponare il palmo e il dorso delle mani l'una contro l'altra per permettere al detergente di venire in contatto con tutta la superficie soggetta al lavaggio, compresi il pollice, gli spazi interdigitali ed ungueali;
- risciacquare bene le mani facendo scorrere l'acqua dalle dita verso i polsi;
- asciugare le mani usando una salvietta monouso;
- se il lavandino è sprovvisto di rubinetto a gomito o a pedale, chiuderlo con l'ultima salvietta utilizzata.

L'igienizzazione delle mani con acqua e sapone deve essere sempre eseguita quando:

- sono visibilmente sporche;
- sono contaminate da materiale biologico;
- è probabile o accertata l'esposizione a microrganismi sporigeni (come il genere Clostridium);
- dopo l'uso dei servizi igienici

3. Lavaggio chirurgico: Vengono utilizzati gli stessi principi attivi del lavaggio antisettico, con l'obiettivo di eliminare la flora batterica transitoria e ridurre la flora residente, con un'attività antimicrobica persistente.

NB: Questo tipo di lavaggio non rientra nell'ambito di applicazione di questo documento.

Indicazioni particolari

Per una corretta igiene delle mani è necessario:

1. Non indossare anelli, bracciali e orologi durante l'attività lavorativa: la cute al di sotto di anelli e gioielli è più colonizzata di quella scoperta;
2. Rimboccare le maniche al gomito se necessario;
3. Tenere le unghie corte e ben curate, non utilizzare unghie artificiali o ricostruite, non utilizzare smalto per le unghie: diversi studi indicano che per gli operatori sanitari l'assenza di smalto sulle unghie sia l'opzione più sicura per prevenire la trasmissione delle infezioni. In particolare sembra che lo smalto sbeccato, in gel, o indossato da più di quattro giorni possa ospitare microrganismi che non vengono rimossi con il lavaggio delle mani, neanche quello chirurgico;
4. Mantenere la cute integra e elastica: alterazioni dello strato superficiale dell'epidermide favoriscono la colonizzazione da parte, ad esempio, di Staphylococcus aureus e batteri Gram negativi. Al fine di ridurre il rischio di insorgenza di dermatiti fra gli operatori sanitari occorre evitare di:
 - a. Lavarsi le mani con acqua troppo calda;
 - b. Indossare i guanti quando le mani non sono perfettamente asciutte;
 - c. Indossare guanti quando non è necessario;
 - d. Lavare le mani con acqua e sapone immediatamente prima o dopo l'uso di una soluzione alcolica.

Occorre inoltre fare attenzione a:

- a. Strofinare le mani fino a quando il prodotto a base di alcol non è completamente evaporato;
- b. Asciugare accuratamente le mani con salviette monouso dopo averle lavate con acqua e sapone;
- c. applicare regolarmente una crema protettiva per le mani.

NB: L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani. Le indicazioni per l'igiene delle mani sono indipendenti da quelle che giustificano l'uso di guanti (sterili o non sterili). L'uso del guanto non modifica o sostituisce le indicazioni per l'igiene delle mani: è piuttosto la corretta igiene delle mani a consentire l'utilizzo appropriato e corretto dei guanti.

I prodotti per l'igiene delle mani devono essere conservati nel loro flacone originale. I flaconi parzialmente vuoti non vanno mai rabboccati, per evitarne la contaminazione batterica. È necessario sostituire l'intero flacone. Gli erogatori vanno regolarmente puliti.

	PALIMAN 2024	PALIMAN Rev.01
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	
	STR/REP/UFF.: Intera struttura	
Pagina 7 di 13		

I CINQUE MOMENTI DELL'IGIENE DELLE MANI

L'assistenza sanitaria può essere descritta come una successione di azioni durante le quali le mani degli operatori toccano superfici diverse (ad es.: la cute e/o le mucose del paziente, ferite e abrasioni, cateteri venosi, comodini, dispositivi medici, rifiuti, cibo, urine, ecc.). La trasmissione di microrganismi da una superficie all'altra deve essere interrotta, e ogni contatto va considerato come una potenziale fonte di contaminazione da o verso le mani dell'operatore sanitario. Di seguito si elencano, a titolo di esempio, alcune situazioni che comportano un contatto delle mani a rischio di trasmissione:

- contatto con la cute integra del paziente e con i suoi effetti personali;
- contatto con: mucose, cute non integra, dispositivo medico invasivo (ad esempio un accesso vascolare, un sito critico di rischio infettivo per il paziente);
- contatto con un sito a rischio di esposizione a un fluido biologico per l'operatore sanitario (ad es. una sacca per l'urina, un sito critico di rischio di esposizione per l'operatore);
- contatto con oggetti nell'ambiente che circonda il paziente.

Tutti i soggetti coinvolti nella erogazione di prestazioni clinico-assistenziali sono tenuti a praticare l'igiene delle mani per arrestare la trasmissione di microrganismi potenzialmente patogeni: questo significa che, a parte il personale amministrativo, tutti gli operatori sanitari per tutte le attività sanitarie in qualsiasi setting assistenziale, sono tenuti a praticare in maniera efficace una corretta igiene delle mani.

L'OMS ha stabilito cinque momenti in cui è necessario effettuare l'igiene delle mani, di seguito specificati:

- Prima del contatto con il paziente;
- Prima di una manovra asettica;
- Dopo esposizione a un liquido biologico;
- Dopo il contatto con il paziente;
- Dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente.

Due dei cinque momenti si verificano PRIMA del contatto con il paziente o dell'esecuzione di una procedura sanitaria, e hanno lo scopo di proteggere il paziente dal rischio di trasmissione di microrganismi. Gli altri tre momenti si verificano DOPO il contatto con il paziente o l'esposizione a liquidi biologici, e hanno lo scopo di prevenire il rischio di trasmissione microbica all'operatore sanitario, agli altri pazienti e all'ambiente circostante. Durante una sequenza di attività sanitarie, alcune indicazioni possono coincidere nello stesso momento.

L'approccio metodologico alla base dei cinque momenti cerca di andare oltre la definizione di una lista, che non potrebbe mai essere esaustiva, di azioni e situazioni che richiedono l'igiene delle mani, per concentrarsi invece sui momenti essenziali di qualsiasi processo clinico-assistenziale nei quali bisogna praticarla.

La corretta pratica dell'igiene delle mani non è limitata ai pazienti a letto, ma deve essere legata alle azioni e situazioni che la rendono obbligatoria, indipendentemente dal luogo in cui si trova il paziente.

La necessità di praticare l'igiene delle mani, pertanto, è strettamente correlata alle attività clinico-assistenziali che gli operatori sanitari svolgono nell'area che circonda il paziente. Per ogni paziente è possibile dividere l'ambiente in due zone principali, la zona paziente e la zona assistenziale.

La zona paziente

I cinque momenti per l'igiene delle mani identificati dall'OMS e di seguito descritti, sono focalizzati sui contatti che si verificano all'interno di questa zona, che comprende il paziente e tutte le superfici inanimate e gli oggetti che sono toccati dal paziente o che sono a diretto contatto fisico con il paziente come, ad esempio: sponde del letto, comodino, biancheria, cannule per infusione e altri dispositivi medici.



Comprende anche superfici frequentemente toccate durante le manovre assistenziali, come monitor e altre superfici tattili. La zona paziente è contaminata dalla flora del paziente stesso.

La zona del paziente non è un'area statica, ma "accompagna" il paziente ovunque si rechi, ad esempio mentre lo si assiste alla toilette. Inoltre non riguarda solo i pazienti a letto, ma vale anche per i pazienti seduti su una sedia a ruote o che devono essere trattati in aree della Struttura diverse dalla stanza di degenza come, ad esempio, quelle dove si effettuano trattamenti fisioterapici. Gli oggetti e le superfici temporaneamente esposti al paziente, come un bagno comune, un lettino di fisioterapia o di radiologia, devono essere decontaminati dopo il contatto con il paziente.

Qualsiasi dispositivo riutilizzabile deve essere decontaminato quando entra ed esce dalla zona paziente. Oggetti non dedicati alla cura del paziente, come la cartella clinica, non devono essere considerati come facenti parte della zona paziente, indipendentemente dalla loro vicinanza al paziente. È opportuno in ogni caso evitare di contaminare i raccoglitori della documentazione sanitaria lasciandoli nella stanza di degenza o poggiandoli sul letto, in caso di trasporto del paziente per procedure diagnostiche e/o terapeutiche. Ove possibile, la documentazione sanitaria non dovrebbe entrare nella stanza del paziente. Gli effetti personali, invece, sono parte della zona del paziente in quanto non devono essere spostati da essa.

La zona assistenziale

Corrisponde a tutto quanto sta al di fuori della zona paziente, vale a dire altri pazienti e le rispettive zone e il più ampio ambiente sanitario. Nella maggior parte dei setting, la zona assistenziale è caratterizzata dalla presenza di numerosi microrganismi, compresi i microrganismi multi-resistenti.

Lo scopo dell'igiene delle mani è interrompere la trasmissione dei microrganismi attraverso le mani:

- tra la zona assistenziale e la zona paziente;
- tra la zona paziente e la zona assistenziale;
- in un sito critico che presenta un rischio infettivo per il paziente (ad es.: mucose, pelle non integra, dispositivo medico invasivo);
- in un sito critico che presenta il rischio di esposizione a liquidi biologici.

1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE.

QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini.

PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di microrganismi patogeni presenti sulle tue mani.

Questo momento precede il contatto con la cute integra e/o con gli indumenti del paziente. L'igiene delle mani può essere eseguita sia entrando nella zona paziente, mentre ci si avvicina al paziente, o immediatamente prima del contatto.

Il contatto con le superfici e gli oggetti che circondano il paziente può verificarsi tra il momento in cui si entra nella zona paziente e il contatto con il paziente: l'igiene delle mani non va praticata prima di toccare queste superfici, ma prima del contatto con il paziente. Se, dopo aver praticato l'igiene delle mani, si verificano contatti con l'ambiente circostante il paziente, l'igiene delle mani non va ripetuta.

Esempi:

- prima di stringere la mano a un paziente o di toccare la fronte di un bambino;
- prima di assistere un paziente nelle attività di cura personale: muoversi, lavarsi, mangiare, vestirsi, ecc.;
- prima di prestare cure e altri trattamenti non invasivi come: applicare maschera di ossigeno, eseguire trattamenti fisioterapici;
- prima di eseguire una manovra non invasiva come: prendere il polso, misurare la pressione arteriosa, auscultare il torace, eseguire un ECG.



2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA

QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica.

PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di microrganismi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.

Questa indicazione è determinata dall'ultimo contatto dell'operatore con qualsiasi superficie nella zona assistenziale o nella zona paziente precedente all'esecuzione di qualsiasi procedura che comporti un contatto diretto o indiretto con mucose, cute non integra o un dispositivo medico invasivo.

Nel caso in cui sia necessario indossare guanti per eseguire la procedura, l'igiene delle mani deve essere praticata prima di indossarli.

L'indicazione si applica anche a qualsiasi operatore sanitario che operi "a monte" dell'assistenza diretta, ad esempio nel confezionamento di qualsiasi oggetto destinato a venire a contatto con le mucose o la cute non integra del paziente attraverso l'ingestione o l'inoculazione (ad es.: personale addetto alla sterilizzazione, farmacista, addetto alla cucina).

Esempi:

- prima di lavare i denti al paziente, instillare gocce oculari, eseguire un esame vaginale o rettale, un esame della bocca, del naso o dell'orecchio, inserire una supposta o un pessario;
- prima di aspirare il muco;
- prima di medicare una ferita o una vescicola, eseguire una iniezione;
- prima di inserire o mantenere un dispositivo medico invasivo (ad es.: cannula nasale, sonda nasogastrica, tubo endotracheale, catetere venoso, catetere vescicale, drenaggio), prima di interrompere/aprire qualsiasi circuito di un dispositivo medico invasivo (ad es.: per alimenti, farmaci, drenaggio, aspirazione, ecc.);
- prima di preparare alimenti, farmaci, materiale sterile.

3 DOPO ESPOSIZIONE A UN LIQUIDO BIOLOGICO

QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo l'esposizione a un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti).

PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di microrganismi patogeni.

Questa indicazione è determinata dal verificarsi di qualsiasi contatto con un liquido biologico prima di un successivo contatto con qualsiasi altra superficie o con il paziente.

Se l'operatore sanitario indossa i guanti al momento della esposizione, l'igiene delle mani deve essere praticata dopo la loro rimozione. Se deve rimuovere o operare con un dispositivo (ad es. un tubo di drenaggio), l'igiene delle mani può essere rinviata fino a quando l'operatore sanitario non abbia lasciato l'ambiente che circonda il paziente, a condizione che non tocchi altro prima di praticare l'igiene delle mani.

L'indicazione si applica anche a qualsiasi operatore sanitario che operi "a valle" dell'assistenza diretta ma che sia coinvolto nella manipolazione di liquidi biologici (ad es.: tecnico di laboratorio), attrezzature contaminate e sporche (ad es.: operatore di sterilizzazione), rifiuti contaminati e sporchi (ad es.: addetti alla manutenzione o ai servizi).

Esempi:

- contatto con mucose o cute non integra;
- dopo un'iniezione; l'inserimento di un dispositivo medico invasivo (ad es.: cannula nasale, sonda nasogastrica, tubo endotracheale, catetere venoso, catetere vescicale, drenaggio, accesso vascolare, catetere, tubo, drenaggio, ecc.); dopo aver interrotto/aperto qualsiasi circuito di un dispositivo medico invasivo (ad es.: per alimenti, farmaci, drenaggio, aspirazione, ecc.);
- dopo aver rimosso un dispositivo medico invasivo;
- dopo aver rimosso tovaglioli, medicazioni, garze, asciugamani, ecc.;

	PALIMAN 2024	PALIMAN Rev.01
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	
	STR/REP/UFF.: Intera struttura	
Pagina 10 di 13		

- dopo aver manipolato un campione organico; dopo aver eliminato gli escrementi e qualsiasi altro liquido biologico; dopo la pulizia di qualsiasi superficie contaminata e sporca (ad es.: effetti lettereschi; spazzolini, pappagalli, padelle, servizi igienici, ecc.).

4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE

QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o le immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza.

PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di microrganismi patogeni.

Questa indicazione è determinata dal verificarsi dell'ultimo contatto con la cute integra e/o gli indumenti del paziente, o con una superficie vicina al paziente dopo averlo toccato e prima di un contatto successivo nella zona assistenziale.

Se deve rimuovere o operare con un dispositivo (ad es. un tubo di drenaggio), l'igiene delle mani può essere rinviata fino a quando l'operatore sanitario non abbia lasciato l'ambiente che circonda il paziente, a condizione che non tocchi altro prima di praticare l'igiene delle mani.

Questa indicazione non può essere dissociata dalla indicazione 1.

Quando l'operatore sanitario viene a diretto contatto con il paziente e poi tocca un altro oggetto a lui vicino, prima di lasciare la zona paziente si applica questa indicazione e non la 5.

Esempi:

- dopo aver stretto la mano a un paziente o toccato la fronte di un bambino;
- dopo aver assistito un paziente nelle attività di cura personale: muoversi, lavarsi, mangiare, vestirsi, ecc.;
- dopo aver eseguito una manovra non invasiva come: prendere il polso, misurare la pressione arteriosa, auscultare il torace, eseguire un ECG.
- dopo aver prestato cure e trattamenti non invasivi come: cambiare la biancheria, applicare maschera di ossigeno, eseguire trattamenti fisioterapici.

5 DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE

QUANDO? Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente – anche in assenza di un contatto diretto con il paziente.

PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di microrganismi patogeni.

L'indicazione 4 e questa non possono mai essere combinate, poiché questa indicazione esclude il contatto diretto con il paziente, mentre la 4 si applica solo dopo il contatto con il paziente.

Esempi:

- dopo il cambio della biancheria da letto con il paziente fuori del letto;
- dopo un'attività che non comporta il contatto diretto con il paziente, ad esempio: regolazione della velocità di infusione, spegnimento di un allarme;
- dopo contatto con superfici o oggetti vicini al paziente (da evitare o ridurre al minimo), ad esempio: comodino, testata del letto, spondine.

NB: In alcuni casi le indicazioni possono verificarsi simultaneamente e in questi casi non è necessario ripetere l'igiene delle mani.

Sono possibili innumerevoli combinazioni per tutte le indicazioni tranne, come detto, fra la 4 e la 5.

	PALIMAN 2024	PALIMAN Rev.01
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	STR/REP/UFF.: Intera struttura
		Pagina 11 di 13

VALUTAZIONE AMBITI E AZIONI

Per elaborare il Piano di Azione Locale per l'Igiene delle mani sono stati valutati i seguenti ambiti:

Ambito dei requisiti strutturali e tecnologici riferendosi al rapporto lavandini/utenti, disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica nei punti di assistenza, disponibilità di sapone e salviette monouso per ogni lavandino.

Ambito della formazione del personale con riferimento ai programmi di formazione del personale, verifica e monitoraggio della formazione, esistenza di un professionista che promuove la formazione.

Ambito del monitoraggio e feedback con riferimento alla conduzione di audit almeno annuali, monitoraggio della adesione alla igiene delle mani, feedback dei dati.

Ambito della comunicazione permanente con riferimento a poster e brochure a disposizione di operatori e visitatori.

Ambito del clima organizzativo e commitment con riferimento all'esistenza di un team per la promozione e l'implementazione della pratica di igiene delle mani e al coinvolgimento della Direzione aziendale che sia di supporto.

Le procedure sono relative alla tipologia dei pazienti e dei trattamenti accreditati, non essendoci nella nostra struttura, ad esempio, blocchi operatori, servizi di diagnostica, ecc.

Pertanto, di seguito, esaminiamo i vari ambiti nel processo di autovalutazione.

SEZIONE A – AMBITO DEI REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGI

In tale ambito la valutazione dei requisiti ha consentito di raggiungere un livello AVANZATO con un punteggio di 85-100.

E' stato rispettato il rapporto lavandini-letti, la disponibilità dei prodotti a base alcolica per l'igiene delle mani, la disponibilità sapone-lavandino, il budget dedicato.

Si ha il sostegno della Direzione Amministrativa che provvede, tramite personale incaricato all'approvvigionamento, all'immagazzinamento, manutenzione, eventuali guasti segnalati con apposita modulistica.

Ci si pone l'obiettivo di valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso. Inoltre ci si impegna a mantenere disponibili più tipi di dispenser di prodotti per l'igiene delle mani per soddisfare al meglio le esigenze nei vari punti di assistenza. Si procederà alla revisione delle procedure operative relative alla prevenzione delle infezioni e al lavaggio delle mani. Si tenderà a coinvolgere sempre più i dirigenti apicali nell'effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella struttura.

SEZIONE B – AMBITO DELLA FORMAZIONE DEL PERSONALE

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di raggiungere il livello AVANZATO con un punteggio di 80-100. Esiste una formazione per gli operatori sanitari, riguardo l'igiene delle mani, almeno una volta all'anno, sono disponibili brochure e poster informativi sull'igiene delle mani, un professionista promuove e pianifica il programma di formazione sull'igiene delle mani, non esiste un budget dedicato relazionabile al risk management poiché il programma di formazione rientra in una pianificazione interna.

Si tenderà a rendere obbligatoria la formazione sull'igiene delle mani per i nuovi dipendenti e una formazione continua per tutti i dipendenti utilizzando metodi differenziati ed innovativi. Revisione di un protocollo interno relativo al lavaggio delle mani. Ci si pone, poi, l'obiettivo di valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione.

	PALIMAN 2024	PALIMAN Rev.01
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	
	STR/REP/UFF.: Intera struttura	
Pagina 12 di 13		

SEZIONE C – AMBITO DEL MONITORAGGIO E FEEDBACK

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di raggiungere il livello INTERMEDIO con un punteggio di 63,5-100. Per l'anno 2024 ci si pone l'obiettivo di raggiungere il livello AVANZATO.

Viene monitorata direttamente ed indirettamente l'adesione degli operatori alla igiene delle mani, vengono valutati con audit le disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani, la conoscenza degli operatori su tali argomenti, almeno annualmente. Si perfezionerà l'attività del gruppo degli osservatori ai fini della implementazione della corretta igiene delle mani. Si effettueranno le attività di osservazione con cadenza regolare tenendo conto della complessità organizzativa della struttura. Al termine delle più regolari sessioni di osservazione, verrà restituito un feedback agli operatori, ai professionisti, alla Direzione della struttura. Si monitoreranno anche altri indicatori, quali il consumo di soluzione alcolica, la conoscenza e l'importanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori. Si valuterà la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati ed in caso contrario si dovranno acquisire. Si fisseranno obiettivi annuali per i risultati di compliance da raggiungere. Tuttavia è necessario considerare che le attività di servizio si devono intersecare con le attività di monitoraggio e ciò richiede un aumento di risorse.

SEZIONE D – AMBITO DELLA COMUNICAZIONE PERMANENTE

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di raggiungere un livello AVANZATO con un punteggio di 80-100.

Si ricorda a tutti gli operatori l'importanza della igiene delle mani e delle procedure appropriate. A tale scopo sul posto di lavoro sono disponibili poster informativi, brochure e opuscoli. Tutti i reparti sono provvisti di tale materiale. Viene curata l'affissione e la distribuzione, estesa anche a parenti e visitatori. Viene effettuato un controllo regolare, ogni tre mesi, del materiale esposto e viene individuata la responsabilità di struttura nel Risk management.

Si tenderà ad elaborare materiale informativo innovativo e ad incoraggiare la competizione tra i reparti. Si incrementerà la esposizione di opuscoli in tutti gli ambienti clinici. Si proverà a produrre strumenti innovativi diversi dai poster e dagli opuscoli basati sulle specificità locali e sui media disponibili. Si potrebbe poi condividere il materiale con le altre strutture.

SEZIONE E – AMBITO DEL CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di raggiungere il livello INTERMEDIO con un punteggio di 55-100. Si è costituito un team per la promozione e l'implementazione della pratica dell'igiene delle mani, si è coinvolta la Direzione della struttura, assumendo così un netto ruolo strategico nella prevenzione delle ICA. A tal fine è regolare l'operatività del CCICA. Si procede anche al tutoraggio per i dipendenti neoassunti.

Si favorirà un approccio multimodale proseguendo con l'autovalutazione periodica descrivendo i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti. Ci si propone di assicurarsi un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento. Far sì che venga riconosciuto il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento. Oltre a favorire una comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, si diffonderà il messaggio attraverso altri canali. Si svilupperanno materiali educativi sull'igiene delle mani per i parenti e visitatori.

CONCLUSIONI

In riferimento agli ambiti valutati e agli obiettivi da raggiungere ci si propone di produrre maggiori evidenze dei monitoraggi che, tuttavia, sono stati sempre effettuati. A tal proposito ci si impegna a coinvolgere maggiormente tutte le figure già precedentemente individuate come responsabili delle diverse azioni per i diversi ambiti.

	PALIMAN 2024	PALIMAN Rev.01
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI	
	STR/REP/UFF.: Intera struttura	
Pagina 13 di 13		

Ad oggi si può affermare che rispetto al Piano di azione locale per l'igiene delle mani del 2023, sicuramente già c'è stato un maggiore coinvolgimento a tutti i livelli dell'organizzazione, a partire dalla Direzione e a seguire delle altre figure coinvolte.

MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente Piano è disponibile sul sito aziendale. Una copia cartacea è disponibile presso tutti i reparti della Struttura e presso l'Amministrazione.

Il documento sarà ulteriormente diffuso fra gli operatori mediante opportuni incontri.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010.
2. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, *Am J Infect Control* 2009;37:827-34.
3. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso degli antibiotici negli ospedali per acuti – "Protocollo ECDC". Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
4. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. *American Journal of Infection Control*, 2003, 31:93-6.
5. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. *American Journal of Infection Control*, 1991,19:243-249.
6. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2005, 26:316-320.
7. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2004, 25:262-264.
8. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.
9. Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.
10. Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Mar 3. PMID: 29533568.
11. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 Mar.
12. Wałaszek MZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, *Journal of Hospital Infection* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.023>
13. Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione socio-sanitaria G02044 del 26.02.2021 "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".
14. Istituto Superiore di Sanità – Silvio Brusaferrò "Igiene delle mani come strumento primario per la prevenzione delle ICA Roma 09.05.2019.