





PIANO ANNUALE
PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO
(PARS)
-ANNO 2024-

	NOME E FUNZIONE	FIRMA
REDAZIONE	<i>Dott.ssa Veronica Venturini</i> Risk Manager	
APPROVAZIONE E VALIDAZIONE	<i>Dott.ssa Gabriella Ergasti</i> Direttore Sanitario Presidente CCICA	

REV.	CODIFICA	STATO	DATA
0.1	PARS-2024	Approvato	23/02/24

ALLEGATI	STATO	DATA
1.Piano di Azione Locale Igiene delle Mani 2024	Approvato	23/02/24

INDICE DEGLI ARGOMENTI

1. PREMESSA.....	3
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	6
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	7
3.1. EVENTI AVVERSI	9
3.2. RICHIESTE DI RISARCIMENTO E SINISTROSITA'	11
3.3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	12
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE.....	13
4.1 GESTIONE RISCHIO CLINICO 2023	13
4.2 RESOCONTO GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2023.....	15
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	16
6. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	17
7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	21
8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS.....	26
9. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	27
10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	28

1. PREMESSA

La Regione Lazio mediante l'emanazione di un documento di indirizzo per l'elaborazione del **Piano Annuale per la Gestione del rischio Sanitario (PARS)** predisposto dal Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC), con **Determinazione G00643 del 25/01/2022**, ha stabilito che tutte le strutture pubbliche e private del SSR nella predisposizione e nell'adozione del PARS, dovranno attenersi a quanto previsto nel predetto documento.

Obiettivi del PARS sono:

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

Per l'anno 2024, nella definizione degli obiettivi Aziendali si è tenuto conto di quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione ed in particolare dal Piano Nazionale per il contrasto dell'antibiotico resistenza.

L'Ospedale Israelitico per la gestione del rischio clinico, ha portato avanti iniziative volte a sviluppare una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e sulla previsione dei possibili rischi e dei processi di gestione del rischio, contribuendo attivamente al miglioramento delle condizioni di lavoro e del clima per la sicurezza all'interno della struttura di appartenenza.

Attraverso la conoscenza degli eventi che accadono più frequentemente e della loro relazione con il contesto ospedaliero è stato possibile analizzare le cause profonde e porre in atto delle

azioni correttive al fine di evitarne il ripetersi.

Per la gestione del Rischio Clinico e la promozione della Sicurezza dei Pazienti ci si è avvalsi di strumenti strategici consolidati tra questi:

- l'analisi dei rischi aziendali attraverso l'applicazione della metodologia FMEA;
- la formazione con corsi specifici sul rischio clinico per gli operatori;
- la rete dei facilitatori;
- sistemi procedurali di segnalazione degli eventi;
- la gestione delle segnalazioni/reclami e monitoraggio degli stessi a sistema in condivisione con le strutture/uffici interessati (URP);
- L'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali e il monitoraggio del loro utilizzo attraverso la conduzione di audit specifici;
- il controllo di qualità delle cartelle cliniche tramite il monitoraggio degli errori a cadenza mensile di tutti i reparti.

Dal mese di Giugno 2023 l'incarico di Risk Manager è stato affidato alla dott.ssa Veronica Venturini, che, allo stato attuale, lo ricopre.

Il lavoro svolto nel primo semestre dell'anno è stato preso in carico con passaggio di consegne e proseguito per l'intero anno, ivi incluso il tracciamento degli eventi nel portale SIREs mentre si sta procedendo a predisporre il caricamento dei sinistri che si prevede di concludere entro il mese di marzo c.a..

L'Ospedale Israelitico, essendo sprovvisto di infettivologi nel proprio organico, si avvale di una convenzione con l'INMI Spallanzani, avviata nel 2019, sia per le attività inerenti il CCICA, che per le consulenze infettivologiche nei confronti dei pazienti ricoverati. Tutto questo al fine di migliorare la sorveglianza e il contenimento delle ICA e, nel contempo, cercare di contrastare efficacemente il fenomeno dell'antibiotico resistenza, promuovendo un'appropriata prescrizione di antibiotici.

Di seguito vengono riportate le specificità organizzative dell'Ospedale Israelitico in relazione al rischio infettivo:

- Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) dell'Ospedale Israelitico, presieduto dal Direttore Sanitario, è stato istituito il 25/2/2016 con deliberazione interna prot. 317 10 DS/O.I., aggiornato in data 20 Maggio 2019 prot. 1706 10 DS/O.I. ed è costituito dai seguenti componenti:
 - Direttore Sanitario (Presidente)
 - Rappresentanti medici di Area funzionale
 - Infettivologo
 - Medico Igienista
 - Microbiologo
 - Due Coordinatori
 - Infermiera addetta al controllo delle infezioni ospedaliere
 - Farmacista.
- L'isolamento dei pazienti è garantito all'interno dei Reparti di degenza.
- Sono presenti dispenser automatici di gel idroalcolico in tutto dell'Ospedale nei Reparti e negli spazi comuni (sale di attesa, corridoi, etc.) e nei Poliambulatori di tutte le sedi.
- È previsto un programma di antimicrobial stewardship per l'uso appropriato degli antimicrobici; gli antibiotici sotto monitoraggio sono dispensati dal Servizio Farmacia ai reparti, previa valutazione dell'appropriatezza prescrittiva da parte del Farmacista, sulla base delle indicazioni approvate del farmaco e dei dati microbiologici a disposizione.

Il presente documento rappresenta lo strumento per promuovere e realizzare iniziative atte al contenimento dei rischi legati all'attività clinica in termini di gestione degli Eventi avversi, agendo su fattori tecnici, organizzativi e di processo, estremamente interconnessi tra di loro e riporta, quindi, gli obiettivi e le azioni da intraprendere a livello aziendale per l'anno 2024, implementando e potenziando quelle misure già avviate negli anni precedenti.

La conoscenza del proprio contesto organizzativo è fondamentale ai fini della predisposizione delle politiche di Governo Clinico e di gestione delle ICA.

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Ospedale Israelitico svolge la propria attività in più sedi dislocate nel territorio del XI Municipio della ASL RM 3:

- **La struttura ospedaliera accreditata** con il SSN sita in Via Fulda n.14;
- **il Poliambulatorio accreditato** con il SSN sito in via Veronese n.59;
- **il Poliambulatorio autorizzato** sito in Via Veronese n.53;

e nel territorio del I Municipio dell'ASL RM 1:

- **il Poliambulatorio autorizzato** sito in Piazza San Bartolomeo all'isola n.21, dove risiede la sede legale dell'Ospedale Israelitico.

L'Ospedale Israelitico è privo di Pronto Soccorso, UTIC, Terapia Intensiva e Servizio Trasfusionale, riceve su accordo regionale pazienti provenienti dai PS di altre strutture pubbliche.

Nella tabella seguente vengono riportati i dati strutturali e di attività delle sedi accreditate (l'Ospedale sito in Via Fulda,14 e il Poliambulatorio sito in Via Veronese, 59) con il SSN relativi all'anno 2023.

Dati strutturali e di attività aggregati - anno 2023

DATI STRUTTURALI OSPEDALE ISRAELITICO			
Posti letto ordinari (Accreditati)	95	Geriatrics	24
		Bronchopneumology	8
		Oncology	12
		General Medicine	29
		Gastroenterology and Endoscopic Digestive	6
Posti letto diurni (Accreditati)	19	Orthopedics and traumatology	16
		Day Surgery multidisciplinary	14
		Day Hospital Oncology	5
Posti letto ordinari (Autorizzati)	12	<i>Chirurgia generale</i>	<i>1</i>
		<i>Medicina Generale</i>	<i>2</i>
		<i>Ortopedia</i>	<i>4</i>
		<i>Day Surgery multidisciplinare</i>	<i>5</i>

Blocco Operatorio (sito al 1° piano)	1	sale operatorie	4
Day Surgery (sito al 2° piano)	1	Salette chirurgiche	3
DATI DI ATTIVITA' OSPEDALE ISRAELITICO (Anno 2023)*			
Numero ricoveri ordinari	3.197	Numero ricoveri diurni	2.705
Accessi PS	-----	APA	9.070
Branche specialistiche (Accreditate con SSN)	17	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	162.113 (escluse le analisi di laboratorio)
DATI DI ATTIVITA' POLIAMBULATORIO Via Veronese 59 (Anno 2023) *			
Branche specialistiche (Accreditate con SSN)	8	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	48.173 (escluse le analisi di laboratorio)

**Dati relativi al 2023 forniti per i ricoveri dall'Ufficio degenze e per le prestazioni ambulatoriali dall'Accettazione Amministrativa, aggiornati al 31/12/2023.*

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai fini della identificazione delle misure di prevenzione da attuare in ambito organizzativo, una fondamentale importanza riveste l'analisi degli eventi sentinella, degli eventi avversi e dei "near misses".

Solo attraverso un puntuale monitoraggio di questi eventi seguito da un'attenta analisi delle cause e dal conseguente avvio delle necessarie azioni correttive, si potrà ridurre la probabilità che gli stessi eventi si ripetano, oppure attenuando gli esiti in termini di gravità.

È fondamentale, in questo senso, partire dal principio di considerare l'errore come "difetto del sistema" e non dell'equipe o del singolo professionista, per poi pianificare ed avviare piani di riduzione del rischio clinico.

Favorire l'insorgere nell'organizzazione della "no blame culture" (cultura non colpevolizzante) è di fondamentale importanza per garantire la segnalazione, da parte degli operatori, degli eventi indesiderati e conseguentemente avviare i piani di miglioramento ad essi correlati.

Uno degli obiettivi prioritari di questo Piano è quello di consolidare il percorso formativo già avviato negli anni precedenti, che trasferisca a tutti gli operatori l'importanza di una corretta gestione delle attività di clinical risk management, allo scopo di favorire e rafforzare le conoscenze e fornire indicazioni per promuovere e attuare l'audit come metodo per la gestione del rischio clinico.

Questo, come pure altri elementi, devono essere orientati verso un approccio sistemico alla gestione del rischio clinico, poiché nelle organizzazioni sanitarie l'insorgere di un evento indesiderato è causato dall'interazione tra diverse componenti di un sistema: fattori organizzativi, fattori tecnologici, fattori strutturali, fattori umani e tipologia di utenza.

Di seguito viene riportata una relazione consuntiva sugli eventi avversi verificatisi nell'anno 2023, sia all'interno della struttura Ospedaliera che nelle altre sedi ambulatoriali, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. I dati sono stati ottenuti dalle segnalazioni pervenute nel corso del 2023, attraverso i sistemi interni di comunicazione, come l'incident reporting.

3.1. EVENTI AVVERSI

Gli eventi avversi segnalati nel corso dell'anno 2023 sono quasi del tutto attribuibili a cadute.

Eventi segnalati nel 2023 - Ospedale

OSPEDALE ISRAELITICO E POLIAMBULATORIO (accreditato con il SSN)		
Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria evento
Near Miss	0 (0%)	0%
Eventi Avversi	31 (100%)	100%
Eventi Sentinella	0 (0%)	100%

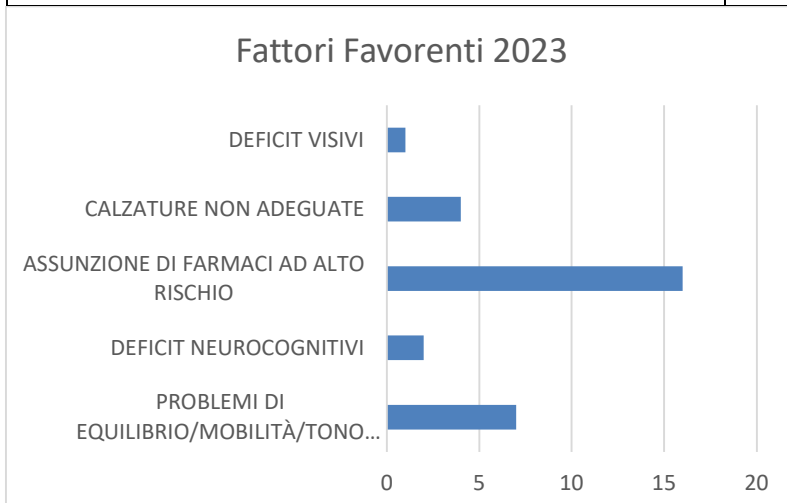
Le cadute sono state segnalate per lo più nell'ambito della stanza di degenza, per dichiarata assunzione di farmaci ad alto rischio, nelle aree di Medicina Interna/Geriatria.

Di seguito si riportano grafici relativi alla frequenza rilevata degli indicatori presenti su Portale SIRES.

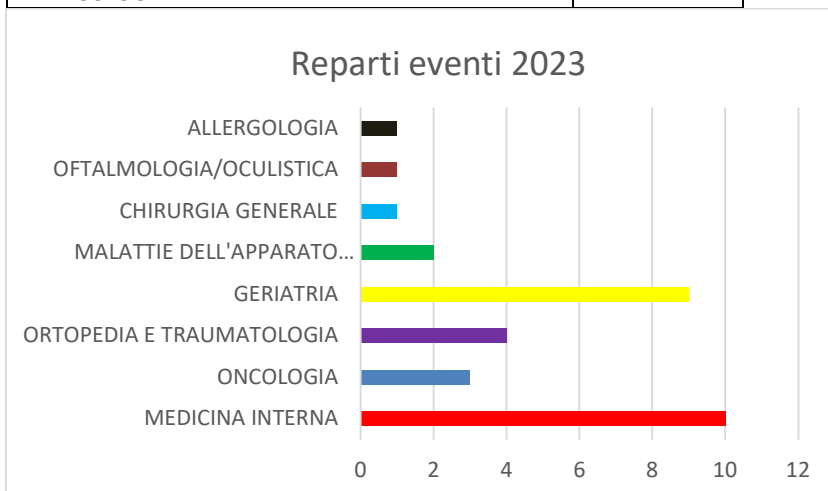
LUOGO	FREQUENZA
ALTRO	2
STANZA DEGENZA	19
BAGNO	6
CORRIDOIO	4



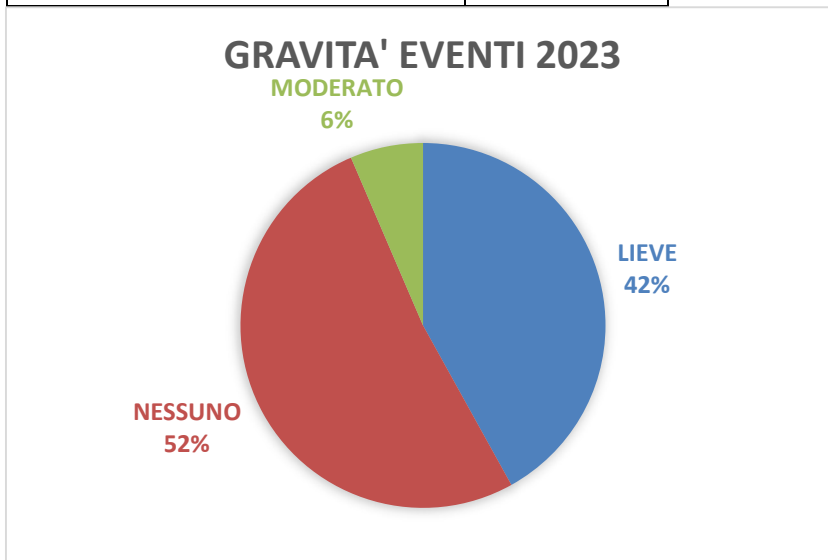
FATTORI FAVORENTI	FREQUENZA
PROBLEMI DI EQUILIBRIO/MOBILITÀ/TONO MUSCOLARE	7
DEFICIT NEUROCOGNITIVI	2
ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO	16
CALZATURE NON ADEGUATE	4
DEFICIT VISIVI	1



DISCIPLINA	FREQUENZA
MEDICINA INTERNA	10
ONCOLOGIA	3
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4
GERIATRIA	9
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	2
CHIRURGIA GENERALE	1
OFTALMOLOGIA/OCULISTICA	1
ALLERGOLOGIA	1



GRAVITA'	FREQUENZA
LIEVE	13
NESSUNO	16
MODERATO	2



3.2. RICHIESTE DI RISARCIMENTO E SINISTROSITA'

Nella tabella seguente si riportano il numero di sinistri e i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio relativi al rischio clinico.

I dati riportati nella tabella 3 sono pubblicati ai sensi dell'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 nel sito internet aziendale.

Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio

Anno	N. Sinistri Aperti	N. Sinistri Liquidati	Risarcimenti Erogati
2019	4	0	0
2020	3	0	0
2021	1	0	0
2022	2	0	0
2023	9	0	0
Tot	19	0	0

Anno 2019 su n. 4 sinistri totali ad oggi ancora pendenti n. 4
Anno 2020 su n. 3 sinistri totali ad oggi ancora pendenti n. 3
Anno 2021 su n. 1 sinistri totali ad oggi ancora pendenti n. 1
Anno 2022 su n. 2 sinistri totali ad oggi ancora pendenti n. 2
Anno 2023 su n. 9 sinistri totali ad oggi ancora pendenti n. 9

Su 19 sinistri totali aperti nel periodo di riferimento (2019/2023) n. 19 sono ancora pendenti

3.3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Nella tabella seguente si riporta la descrizione della posizione assicurativa dell'Ospedale Israelitico.

Posizione assicurativa nell'ultimo quinquennio

Tabella 4 – posizione assicurativa nell'ultimo quinquennio

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicuratrice	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2019	30/06/2019	Generali Italia	381.896,76	50.000	SI
2020	30/06/2020	Generali Italia	381.896,76	50.000	SI
2021	30/06/2021	Generali Italia	422.978,00	50.000	SI
2022	31/12/2022	Generali Italia	568.000,00	50.000	SI
2023	31/12/2023	Generali Italia	568.000,00	50.000	SI

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

4.1 GESTIONE RISCHIO CLINICO 2023

Nel PARS si erano individuate alcune attività ritenute propedeutiche ad una idonea gestione del rischio clinico e infettivo.

In parallelo agli obiettivi del PARS 2023 sono state svolte le seguenti attività:

- partecipazione al Tavolo permanente del CRRC in data 16/06/23 e in data 17/12/23
- partecipazione alla formazione regionale sul nuovo portale regionale di segnalazione degli eventi avversi SIRES, tenutosi il 27/06/23
- alimentazione del portale SIRES sulle segnalazioni delle cadute e degli eventi avversi
- organizzato un evento sul tema “prevenzione delle cadute” in occasione della giornata sulle sicurezze delle cure in data 17/09/2023
- compilato e inviato il questionario AGENAS ex DM 19/12/2022 il 17/10/23

Nella tabella seguente si dettaglia per ciascun indicatore proposto per la gestione del rischio clinico il livello di raggiungimento alla data del 31/12/2023.

OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “Corso base di gestione del rischio clinico”	SI	Attivata una edizione online del corso con decorrenza 15 marzo 2023. Sono stati formati 9 dipendenti neo assunti.
ATTIVITA' 2 – Progettazione ed esecuzione di un corso sul Consenso Informato generale in ambito clinico”	SI	Attivato corso online il 3 dicembre 2023 (corso attivo fino al 2 dicembre 2024)
ATTIVITA' 3 – “Progettazione ed esecuzione di un corso sulla interazione tra farmaci”	SI	Svolta una edizione residenziale il 20/12/2023
ATTIVITA' 4 – “Progettazione ed esecuzione di un corso “la fase pre-analitica: il campione e la sua identificazione e verifica di conformità”	NO	Programmato per l’anno 2024
ATTIVITA' 5 - “Progettazione ed esecuzione del Corso di retraining BLSD per il personale infermieristico”.	SI	Obiettivo soddisfatto

OBIETTIVO B MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1 – “Monitoraggio di near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento nella piattaforma SIMES”.	SI	Caricati su portale SIRES tutti gli eventi segnalati al 31 gennaio 2024
ATTIVITA' 2 – “Introduzione della cartella clinica elettronica”.	NO	Non è stato possibile avviare il processo nel corso dell'anno 2023
ATTIVITA' 3 - “Revisione dell'attuale procedura sulla Raccomandazione Ministeriale n. 13 sulle cadute, in linea con quanto previsto nel Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita del 6/11/2022 della Regione Lazio”.	SI	Obiettivo soddisfatto

OBIETTIVO C FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1 – “Partecipazione alle attività del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)”.	SI	Partecipazione all'incontro svolto nel mese novembre 2023

4.2 RESOCONTO GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2023

Nella tabella seguente si dettaglia per ciascun indicatore proposto per la gestione del rischio infettivo il livello di raggiungimento alla data del 31/12/2023.

OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1 – “Progettazione di un Corso di upgrade sull'infezione da SARS-Cov-2 relativamente alla diagnosi di laboratorio”.	SI	svolta un'edizione residenziale nei giorni 20/04/2023 e 03/05/2023
ATTIVITA' 2 – Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'antibiotico-resistenza ed uso corretto di antibiotici	SI	attivato il 04/12/2023 corso online (corso attivo fino al 03/12/2024)
ATTIVITA' 3 – Progettazione ed esecuzione di Corso sul monitoraggio e prevenzione delle ICA con particolare riferimento all'igiene delle mani”	SI	svolta 2 edizioni residenziali nei giorni 14/12/2023 e 21/12/2023

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 PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2024 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA' 1 – “Consolidare l'attuale sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani stratificando il consumo per i diversi Reparti e Servizi con cadenza trimestrale”.	SI	Obiettivo soddisfatto
ATTIVITA' 2 – “Verifica dell'attuazione del piano di azione locale sull'igiene delle mani”.	SI	Compilato il questionario di autovalutazione

OBIETTIVO C MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CPE

ATTIVITA' 1 – “Completamento dell'implementazione del sistema di segnalazione e del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE produttori di carbapenemasi o resistenti ai carbapenemi CRE compresi anche quelli resistenti a ceftazidime-avibactam (CAZ-AVI) con elaborazione della relativa procedura”.	NO	In fase di implementazione
ATTIVITA' 2 – “Informatizzazione della richiesta di antibiotici da parte dei reparti”.	NO	In fase di implementazione
ATTIVITA' 3 – – “Consolidare il monitoraggio sul consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite (DDD/100gg di degenza) “.	SI	Obiettivo soddisfatto

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

La realizzazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- Direzione Strategica/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano;
- Direttore Sanitario/Presidente del CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo;
- Risk Manager: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
- Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa;

Di seguito si riporta la matrice delle responsabilità suddivise per la redazione, l'adozione e il monitoraggio del presente documento.

Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Generale/ Proprietà	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Direttore Amministrativo	Risk Manager	Responsabile Affari legali/Generali	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione	C	C	C	R**	C	-
	I	C	C	C	R***	-
	I	R*	I	C	I	-
Adozione	R	I	C	I	I	-
Monito- raggio	I	C	C	R**	C	C
	I	R*	I	C	I	C

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Interessato

* per la parte relativa agli obiettivi e alle attività per la gestione del rischio infettivo

** eccetto le parti relative al rischio infettivo e alla relazione consuntiva sui risarcimenti erogati e descrizione della posizione assicurativa

*** per la parte specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa

6. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Le attività di gestione del rischio clinico già pianificate e intraprese nel corso degli anni precedenti rappresentano la struttura portante del sistema di governo del rischio clinico dell'Ospedale e delle sedi ambulatoriali distaccate. Il programma deve necessariamente prevedere l'ampliamento di alcune attività ritenute importanti per il raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale, così come di seguito riportati:

- a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- b) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- c) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

Di seguito si riportano le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti.

Per ogni obiettivo strategico è riportata l'attività prevista con il relativo indicatore misurabile e lo standard che ci si prefigge di raggiungere entro il 31/12/2024.

OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITA' 1 – “Progettazione ed esecuzione di un “Corso base di gestione del rischio clinico”		
INDICATORE Esecuzione di una edizione del corso base rivolto al personale sanitario neo assunto entro il 31/12/2024		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 2 – Progettazione ed esecuzione di un corso “la fase pre-analitica: il campione e la sua identificazione e verifica di conformità”			
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024			
STANDARD SI			
FONTE Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	C	R	C
Accreditamento del corso	I	I	R
Esecuzione del corso	I	R	I

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 3 – Progettazione ed esecuzione di un corso sul “Consenso Informato generale in ambito clinico”

INDICATORE

Corso specifico sul consenso informato rivolto al personale sanitario strutturato entro il 31/12/2024

STANDARD

SI

FONTE

Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Farmacia	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	R	C
Accreditamento del corso	I	I	R
Esecuzione del corso	I	R	I

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 4 – Progettazione ed esecuzione di un corso “Indagini Radiologiche: appropriatezza, indicazioni e controindicazioni”

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2024

STANDARD

SI

FONTE

Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	Risk Manager	Direttore Radiologia Diagnostica	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	R	C
Accreditamento del corso	I	I	R
Esecuzione del corso	I	R	I

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

OBIETTIVO B MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA

ATTIVITA' 1 – Elaborazione implementazione e diffusione di una procedura sulla corretta Gestione della Cartella Clinica		
INDICATORE Elaborazione procedura entro luglio 2024.		
STANDARD SI		
FONTE Risk Manager		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	C
Adozione	C	R
Verifica adesione	I	R

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

OBIETTIVO C FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE

ATTIVITA' 1 Partecipazione del Risk Manager a tutti gli incontri del Comitato Valutazione Sinistri		
INDICATORE N° di presenze/n° di sedute convocate		
STANDARD adesione 75%		
FONTE Verbali CVS		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	Risk Manager	CVS
Convocazioni riunioni	C	R
Partecipazione riunioni	R	C

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

7. OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Di seguito vengono elencati tre obiettivi strategici regionali definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal piano Regionale della prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR):

- a) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- b) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- c) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CRE).

Di seguito si riportano le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti.

Per ogni obiettivo strategico è riportata l'attività prevista con il relativo indicatore misurabile e lo standard che ci si prefigge di raggiungere entro il 31/12/2024.

In virtù del recepimento della seguente normativa regionale vigente:

- Piano Regionale della prevenzione (PRP)
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR)
- Nota regionale "Piano annuale di rischio sanitario 2024" del 22-01-2024 prot. N. U.0091714
- Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, del 28/11/22 prot. N. G16501
- Piano regionale di intervento regionale sull'igiene delle mani, del 26/02/21 prot. N. G02044

Si confermano gli obiettivi strategici annuali:

- d) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;

- e) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- f) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CRE).

Di seguito si riportano le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi come precedentemente definiti.

Per ogni obiettivo strategico è riportata l'attività prevista con il relativo indicatore misurabile e lo standard che ci si prefigge di raggiungere entro il 31/12/2024.

OBIETTIVO A DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITA' 1 – ORGANIZZAZIONE DI ATTIVITÀ DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SULL'ANTIBIOTICO-RESISTENZA ED USO CORRETTO DI ANTIBIOTICI			
INDICATORE			
Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024			
STANDARD			
SI			
FONTE			
CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	CCICA	Responsabile Formazione	Farmacia
Progettazione	R	C	C
Promozione	C	R	R
Esecuzione	R	I	C

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 2 – Corso sulla GESTIONE DEGLI ACCESSI VENOSI PERIFERICI			
INDICATORE			
Formazione di almeno il 25% del personale sanitario strutturato entro il 31/12/2024			
STANDARD			
SI			
FONTE			
CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	CCICA	Responsabile Formazione	Farmacia
Progettazione	R	C	C
Promozione	C	R	R
Esecuzione	R	I	C

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 3 – Corso PRECAUZIONI DI ISOLAMENTO PER TIPOLOGIA DI PATOGENO E MECCANISMI DI TRASMISSIONE		
INDICATORE		
Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024		
STANDARD		
SI		
FONTE		
CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CCICA	Responsabile Formazione
Progettazione	R	C
Promozione	C	R
Esecuzione	R	I

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 4 – INDAGINI MICROBIOLOGICHE INTRA-OPERATORIE E AMBULATORIALI PER LA PREVENZIONE E CURA DELLE INFEZIONI IN CHIRURGIA. FASE PRE-ANALITICA: MODALITÀ DI RACCOLTA, TRASPORTO E CONSERVAZIONE DEL CAMPIONE

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del corso entro il 31/12/2024

STANDARD

SI

FONTE

CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	Responsabile Formazione	Microbiologia
Progettazione	R	C	C
Promozione	C	R	R
Esecuzione	R	I	C

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 5 – PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI CORSO SUL MONITORAGGIO E PREVENZIONE DELLE ICA CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'IGIENE DELLE MANI

INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione entro il 31/12/2024

STANDARD

SI

FONTE

CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	Responsabile Formazione
Progettazione	R	C
Promozione	C	R
Esecuzione	R	I

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

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 PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2024 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI

ATTIVITA' 1 – CONSOLIDARE L'ATTUALE SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL CONSUMO DI PRODOTTI IDROALCOLICI PER L'IGIENE DELLE MANI STRATIFICANDO IL CONSUMO PER I DIVERSI REPARTI E SERVIZI CON CADENZA TRIMESTRALE			
INDICATORE Litri/1000 giornate di degenza ordinaria per le diverse specialità/discipline			
STANDARD SI			
FONTE CCICA			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	CCICA	Farmacia	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	I	C
Verifica	C	C	R
Adozione	C	I	R

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

ATTIVITA' 2 – VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI		
INDICATORE Raggiungere/confermare il livello intermedio nei 5 settori previsti dal piano regionale entro il 31/12/2024		
STANDARD SI		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
Azione	CCICA	Direzione Sanitaria
Progettazione	R	C
Verifica	C	R
Adozione	C	R

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

OBIETTIVO C MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA CPE

ATTIVITA' 1 – COMPLETAMENTO DELL'IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA DI SEGNALAZIONE E DEL MODELLO DI SORVEGLIANZA ATTIVA (TAMPONE RETTALE/COPROCOLTURA) DELLE COLONIZZAZIONI/INFEZIONI DA CPE PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI O RESISTENTI AI CARBAPENEMI CRE COMPRESI ANCHE QUELLI RESISTENTI A CEFTAZIDIME-AVIBACTAM (CAZ-AVI) CON ELABORAZIONE DELLA RELATIVA PROCEDURA

INDICATORE

Completamento dell'implementazione del sistema di segnalazione e della sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CPE/CRE con elaborazione della relativa procedura entro il 31/12/2024.

STANDARD

SI

FONTE

Laboratorio Analisi e CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Azione	CCICA	Laboratorio Analisi
Progettazione	R	C
Verifica	C	R
Adozione	C	R

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato

8. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Si riportano di seguito le modalità con cui il presente documento verrà diffuso a livello della struttura.

- a) Invio via mail alle Direzioni e a tutte le UU.OO dell'Ospedale;
- b) Pubblicazione sull'intranet della struttura.

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
2. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”;
3. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
4. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
5. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”;
6. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
7. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
8. Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: “Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018”;
9. Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante: “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)”;
10. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;
11. DCA n. U00469 del 07 novembre 2017 recante “Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012;
12. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.

13. Documento di indirizzo per la prevenzione e la gestione delle lesioni da Pressione (I dp) CRRC del 20/04/2018
14. Determinazione n. G00163 del 11/01/2019 'Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA);
15. Determinazione n. G00164 del 11/01/2019 'Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM);
16. 2019 - Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) prot. N. 0001479-17/01/2020
17. Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio CRRC del 15/06/2020
18. Documento di indirizzo sulla sicurezza della Terapia farmacologica. CRRC del 15/06/2020
19. Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani – CRRC del 19/2/2021;
20. Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella" prot. N. G09850 del 20/07/2021
21. Determinazione, n. G00643 del 25/01/2022 "Adozione del documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)".
22. Determinazione n. 16501 del 28/11/2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza (ICA)
23. Determinazione n. G15194 del 06/11/2022. Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016
24. Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS) – Prot. N. U0091714 del 22/01/2024

10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione-Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
3. WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy (2009);
4. WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016)

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2024

NOME E FUNZIONE		FIRMA
REDAZIONE	<i>Dott.ssa Veronica Venturini</i> Risk Manager	
APPROVAZIONE E VALIDAZIONE	<i>Dott.ssa Gabriella Ergasti</i> Direttore Sanitario Presidente CCICA	

REV.	CODIFICA	STATO	DATA
0.0	PAL_IGM 2024	Approvato	26/02/2024

INDICE DEGLI ARGOMENTI

1. PREMESSA	31
2. L'IGIENE DELLE MANI	32
3. IL PIANO DI AZIONE LOCALE	33
4. RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE E AZIONI PROGRAMMATE	33
4.1 SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	33
4.2 SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE	34
4.3 SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK	35
4.4 SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	36
4.5 SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	36

1. PREMESSA

Il Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio (CRRC) il 19/2/2021 ha predisposto “il piano di intervento regionale sull’igiene delle mani” adottato con Determinazione n. G02044 del 26/2/2021, con lo scopo di fornire indicazioni alle singole Organizzazioni sanitarie, per poter elaborare un proprio piano di azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell’igiene delle mani.

Il documento è stato elaborato sulla base dell'approccio multidimensionale proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Piano integra tutti i documenti OMS in tema di igiene delle mani ed è corredato da una serie di strumenti di supporto, anch'essi derivati da documenti OMS, per consentire a tutte le strutture del SSR di avviare un percorso di autovalutazione e definire interventi migliorativi sulla base delle specifiche situazioni.

Il piano di intervento Regionale è stato costruito partendo dalle indicazioni contenute nel documento Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions dell’OMS, ed è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell’igiene delle mani. Le indicazioni contenute nel documento non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.

Le cinque sezioni previste sono:

- SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI
- SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE
- SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK
- SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE
- SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire alle Strutture di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

Si è scelto di assegnare un punteggio a ogni sezione, in modo da consentire di evidenziare meglio le eventuali criticità riscontrate per ogni ambito.

Il punteggio, in analogia al documento OMS, individua quattro livelli:

1. **INADEGUATO:** la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
2. **BASE:** sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2021, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
3. **INTERMEDIO:** è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
4. **AVANZATO:** la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

2. L'IGIENE DELLE MANI

L'igiene delle mani è fondamentale per la prevenzione delle infezioni. Ci sono evidenze che circa il 30% delle infezioni associate alle pratiche assistenziali possono essere prevenute con una accurata igiene delle mani.

Molte infezioni, infatti, possono essere trasmesse da persona a persona, per contatto diretto o per contatto indiretto di superfici/oggetti contaminati.

Mani pulite e igienizzate consentono, quindi, di prevenire molte malattie trasmissibili, sia in comunità che negli ambienti di assistenza.

Ancora più importante l'igiene delle mani nell'attuale contesto epidemico di COVID-19, in quanto previene la diffusione per contatto sia del SARS-CoV-2 sia di altri microrganismi, che possono aggravare lo stato di salute dei pazienti già ricoverati.

Inoltre, limitare la diffusione dei microrganismi nelle strutture di assistenza riduce, anche, il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza, per cui alcuni microrganismi diventano resistenti o poco sensibili ai trattamenti antimicrobici, soprattutto antibiotici, rendendo la cura inefficace o difficile.

Per la Giornata Mondiale dell'Igiene delle Mani 2021, l'OMS invitava gli operatori sanitari e le strutture a praticare un'efficace azione d'igiene delle mani nel punto di cura, prima del contatto con il paziente, prima di eseguire una manovra aseptica, dopo l'esposizione a un liquido biologico, dopo il contatto con gli oggetti o l'ambiente che sta attorno al paziente.

3. IL PIANO DI AZIONE LOCALE

E' stato elaborato il presente documento riportando gli esiti dei questionari di autovalutazione aggiornati al 2023 in tutte le sezioni previste e le azioni programmate da attuare entro il 2024.

Sulla base dei punteggi ottenuti in ogni singola sezione si sono evidenziate delle azioni volte a migliorare il livello raggiunto, con l'obiettivo finale di tendere il più possibile al "livello intermedio/avanzato" per ogni sezione analizzata.

4. RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE E AZIONI PROGRAMMATE

4.1 SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Il rispetto delle indicazioni riportate nel documento regionale richiede che all'interno della Struttura siano disponibili dotazioni quantitativamente e qualitativamente adeguate per consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani.

Considerato che il metodo di prima scelta per l'igiene delle mani consiste nella frizione con soluzione a base alcolica, i dispenser di soluzione alcolica dovrebbero essere disponibili per ogni punto di assistenza, intendendo con questo il luogo fisico in cui si incontrano questi tre elementi:

- a. il paziente;
- b. l'operatore sanitario;
- c. la cura o il trattamento che comporta il contatto con il paziente o con l'ambiente che lo circonda.

In ogni caso, i dispenser devono essere disponibili almeno nei seguenti ambienti:

- stanze di degenza;
- mediche;
- locali di preparazione dei farmaci;
- ambulatori;
- all'ingresso dei reparti;
- locali ristoro/relax;
- sui carrelli adibiti all'attività assistenziale.

Dai risultati del questionario in questa sessione si è raggiunto un LIVELLO AVANZATO con un punteggio di 85/100. Pertanto non sono necessarie azioni di miglioramento ma va solo monitorato l'attuale stato.

4.2 SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il fatto che l'igiene delle mani, nonostante sia la misura di prevenzione delle ICA più efficace e meno costosa, sia anche una delle meno applicate, porta in luce la fondamentale importanza della formazione del personale.

L'obiettivo della formazione è quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari. Diffondere messaggi chiari, non aperti all'interpretazione personale, consente infatti di ottenere cambiamenti permanenti sia individuali che nella cultura organizzativa della qualità e della sicurezza delle cure, garantendo che le competenze siano radicate e conservate in tutto il personale. Tuttavia è opportuno sottolineare che la formazione è solo uno strumento e che, per essere efficace, richiede che siano presidiati tutti gli ambiti della gestione del rischio infettivo.

La formazione può utilizzare diversi metodi (frontale, a distanza, sul campo), che vanno scelti avendo ben presenti vantaggi e limiti di ognuno, soprattutto in relazione agli obiettivi formativi che si desiderano raggiungere. È consigliabile privilegiare, pertanto, l'utilizzo di metodi diversi (blended).

Le attività formative devono essere declinate all'interno di un piano formativo che sia esteso a tutto il personale, compreso quello in outsourcing, ai neoassunti e, per le Strutture universitarie, agli studenti. All'interno del piano, inoltre, devono essere previsti adeguati momenti di retraining.

Il piano dovrebbe prevedere obiettivi formativi differenziati per tre principali categorie di operatori:

- a. Formatori: sono le figure che saranno incaricate di formare, anche con sessioni pratiche, gli operatori sanitari. Per questo motivo dovrebbero essere scelti fra professionisti adeguatamente competenti e motivati oltre che sufficientemente autorevoli all'interno dei team.
- b. Osservatori: il loro ruolo è fondamentale per consentire alle Strutture di porre in atto un'adeguata attività di monitoraggio e di feedback, nei confronti dei propri operatori, ma anche delle Direzioni e degli organismi regionali e nazionali.
- c. Operatori sanitari
- d. Contenuti minimi della formazione:
 - Definizione e impatto delle ICA;
 - Principali modalità di trasmissione delle infezioni;
 - La prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
 - L'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;
 - Strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA.

Dai risultati del questionario in questa sessione si è raggiunto un LIVELLO AVANZATO con un punteggio

di 80/100. Pertanto non sono necessarie misure importanti di miglioramento ma va solo monitorato l'attuale stato, perfezionandolo con alcune azioni aggiuntive da programmare, tra cui:

- Progettare un programma di formazione specifico per gli operatori sanitaria con particolare riguardo agli osservatori individuati
- Aggiornare il materiale per la formazione/informazione con la sostituzione di quello obsoleto.

4.3 SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

Il monitoraggio continuo dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico-assistenziale, è un momento fondamentale della strategia multimodale OMS. L'osservazione diretta, rappresentando il gold standard per il monitoraggio e, in considerazione del fatto che si tratta di una attività che richiede un elevato impegno di risorse in termini di tempo-uomo, deve essere accuratamente pianificata.

Dai risultati del monitoraggio, si può trarre informazioni utili per misurare i cambiamenti indotti dall'implementazione degli interventi (ad esempio valutando il consumo di soluzioni alcoliche prima o dopo un cambiamento di sistema), oltre che per accertarne l'efficacia nel migliorare la pratica dell'igiene delle mani, la percezione della sua importanza nella riduzione delle ICA e la conoscenza dei cinque momenti tra gli operatori sanitari.

I principali aspetti da monitorare sono:

- Corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta;
- Quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della Struttura;
- Formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA;
- Consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno della Struttura.

L'osservatore deve compilare una scheda che riporta specifiche informazioni (Allegato 1)

Dai risultati del questionario in questa sessione si è raggiunto un LIVELLO INTERMEDIO con un punteggio di 75/100, quindi in linea con l'obiettivo regionale. Per migliorare sono da programmare azioni specifiche per integrare soprattutto la parte relativa al feedback, continuando a monitorare l'adesione al progetto.

4.4 SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

I promemoria sul posto di lavoro sono strumenti importanti per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni e le procedure appropriate per la sua esecuzione. Sono anche mezzi per informare i pazienti e i visitatori dello standard di assistenza che dovrebbero aspettarsi.

La comunicazione può utilizzare diversi strumenti (ad es.: poster; brochure, adesivi affissi al punto di assistenza, spille, screensaver, ecc.) e può utilizzare materiale istituzionale nazionale o internazionale oppure sviluppato localmente.

I poster sulla corretta tecnica di frizione con soluzione alcolica o di lavaggio delle mani, dovrebbero essere affissi in prossimità di ogni lavandino e di ogni dispenser fisso di soluzione alcolica.

Dai risultati del questionario in questa sessione si è raggiunto un LIVELLO INTERMEDIO con un punteggio di 60/100, quindi in linea con l'obiettivo regionale. Per migliorare sono da programmare azioni specifiche per integrare quelle esistenti sottoposte a monitoraggio:

- Implementare gli opuscoli informativi e poster sull'igiene delle mani in tutti gli ambienti dell'Ospedale (reparti, servizi, ambulatori).

4.5 SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Per la prevenzione e nel controllo delle ICA è fondamentale un forte, continuo e visibile impegno da parte della direzione, nonché la definizione di un numero adeguato di operatori con competenze multidisciplinari per garantire un adeguato supporto

alle attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo, particolarmente nella fase di monitoraggio.

Il commitment deve far leva anche su azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani. È opportuno che sia definita e comunicata a tutti gli operatori la policy sul tema delle ICA che chiarisca anche la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica sul tema.

Va rafforzato anche il ruolo del paziente e dei visitatori attraverso opportune iniziative per il loro empowerment. La responsabilità della sicurezza del paziente è in capo alle Strutture, ma pazienti attenti e informati sull'importanza dell'igiene delle mani possono rappresentare una barriera di sicurezza e uno stimolo per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni. Il loro coinvolgimento dovrebbe

essere adeguatamente evidenziato all'interno della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

Dai risultati del questionario in questa sessione si è raggiunto un LIVELLO BASE con un punteggio di 40/100, quindi con necessità di interventi migliorativi efficaci per raggiungere il livello intermedio entro il 2024 come da indicazioni regionali.

Sono da programmare e attuare azioni specifiche come:

- il coinvolgimento dei pazienti e familiari
- pianificare iniziative per la giornata dedicata all'igiene delle mani del 5 maggio
- Designazione dei promotori dell'igiene delle mani