

DELIBERAZIONE N. 227 DEL 28/02/2023	
OGGETTO: PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023	
<p>Esercizi/o e conto 2023</p> <p>Centri/o di costo .</p> <p>- Importo presente Atto: € .</p> <p>- Importo esercizio corrente: € .</p> <p>Budget</p> <p>- Assegnato: € -</p> <p>- Utilizzato: € -</p> <p>- Residuo: € -</p> <p>Autorizzazione n°: -</p> <p>Servizio Risorse Economiche: Francesca Romana Benedetto</p>	<p style="text-align: center;">STRUTTURA PROPONENTE</p> <p style="text-align: center;">UOSD Risk Management</p> <p style="text-align: center;">Il Dirigente Responsabile</p> <p style="text-align: center;">Costanza Cavuto</p> <p style="text-align: center;">Responsabile del Procedimento</p> <p style="text-align: center;">Costanza Cavuto</p> <p style="text-align: center;">L'Estensore</p> <p style="text-align: center;">Valentina Olivieri</p> <p>Proposta n° DL-224-2023</p>
<p>PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO</p> <p style="text-align: center;">Positivo</p> <p style="text-align: center;">Data 28/02/2023</p> <p style="text-align: center;">IL DIRETTORE SANITARIO Ermete Gallo</p>	<p>PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO</p> <p style="text-align: center;">Positivo</p> <p style="text-align: center;">Data 28/02/2023</p> <p style="text-align: center;">IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Laura Figorilli</p>
<p>Parere del Direttore Scientifico IRE Gennaro Ciliberto data 27/02/2023 Positivo</p> <p>Parere del Direttore Scientifico ISG Aldo Morrone data 28/02/2023 Positivo</p>	
<p>La presente deliberazione si compone di n° 6 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:</p> <p>PARS 2023 - PAG 26</p> <p>PAIM - PAG 10</p>	

Il Dirigente della UOSD Risk Management

- Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- Visto l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19.02.2019 ed approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2.07.2019, modificato e integrato con la delibera 1254 del 02.12.2020, n. 46 del 21.1.2021 e n. 380 del 25.3.2021, approvate dalla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio con determinazione n. G03488 del 30.3.2021;
- Visto il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00200 del 29/10/2021 avente ad oggetto "Nomina del Direttore Generale dell'IRCCS IFO – Istituti Fisioterapici Ospitalieri";
- Vista la deliberazione n. 1123 del 21/11/2021 di insediamento ed assunzione in carica del Direttore Generale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma Dott.ssa Marina Cerimele;
- Vista le deliberazioni n. 212 del 16/03/2022 e n. 154 del 28/02/2022 con le quali sono stati nominati rispettivamente la dott.ssa Laura Figorilli quale Direttore Amministrativo ed il Dott. Ermete Gallo quale Direttore Sanitario degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri;
- Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997, Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- Visto il decreto del Ministero della Salute dell'11 dicembre 2009, Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;

- Vista l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- Vista la nota Prot. n. 99218 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, avente ad oggetto il "percorso aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti";
- Preso atto delle indicazioni contenute nella Determinazione Regione Lazio n. G09850 del 20/07/2021 avente per oggetto – Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella";
- Preso atto della Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356 della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio - Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".
- Considerato il Decreto del Commissario ad Acta 7/11/2017, n. U00469 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 - sezioni sulla gestione del rischio clinico e gestione del rischio infettivo.
- Preso atto della nota Protocollo n. 0055503 del 23/01/2019 della Regione Lazio, Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, Area rete ospedaliera e specialistica, avente per oggetto "Valutazione qualità documentale delle procedure per l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali"
- Preso atto della nota della Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica, prot. 0124752 del 02/02/2023 avente per oggetto "Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS);
- Considerata l'Ordinanza del Presidente della Regione Lazio del 17 aprile 2020 n. Z00031 "Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica SARS COVID 19: prevenzione del contenimento e gestione focolai da SARS COV2 nelle strutture sanitarie e ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali"

denziali, socio sanitarie e socio-residenziali e successive modificazioni ed aggiornamenti;

- Considerato il 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;
- Considerato il Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025;
- Considerato il Decreto del Commissario ad Acta del 24/11/2015 n. U00563 – Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA);
- Visto il Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 “Progetto 7.3 Sorveglianza e contenimento delle infezioni correlate all’assistenza e all’uso degli antibiotici”, ai sensi dell’Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014;
- Preso atto della Determina della Regione Lazio G00163 del 11/01/2019 “Linee di indirizzo per la stesura dei piani attuativi per i comitati di controllo delle infezioni correlate all’assistenza della Regione Lazio” trasmesse all’ Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management Regione Lazio -Direzione Salute e Politiche Sociali-Correlate all’assistenza (CC-ICA), previste ai sensi delle normative vigenti, con nota n.GR/39.15.55285 del 23 gennaio 2019.
- Preso atto della “Istituzione del nuovo Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CC-ICA) e connesso Gruppo Operativo” presso gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) con Deliberazione n. 770 del 11 agosto 2016 e aggiornamento con Deliberazione IFO n. 319 del 2/05/2018.
- Preso atto delle indicazioni contenute nella determinazione 26 febbraio 2021 n. G02044
 - Adozione del “Piano di intervento Regionale sull’Igiene della mani”;
- Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla legge 7 agosto 1990,

n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;

Propone

per i motivi espressi in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

Adottare il “**PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023**”

La UOSD Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico curerà tutti gli adempimenti per l’esecuzione della presente deliberazione.

Il Dirigente della UOSD Risk Management

Costanza Cavuto

Il Direttore Generale

- Visto il Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista la Legge Regionale 23.01.2006, n. 2;
- Visto l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19.02.2019 e approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2.07.2019, modificato e integrato con deliberazioni n. 1254 del 02.12.2020, n. 46 del 21/01/2021 e n. 380 del 25.03.2021, approvate dalla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, con Determinazione n. G03488 del 30.03.2021;
- In virtù dei poteri conferitigli con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00200 del 29.10.2021.
- Preso atto che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e s.m.i., nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 241/90, come modificata dalla legge 15/2005.
- Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario Aziendale;
- ritenuto di dover procedere;

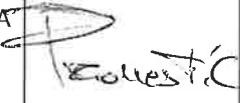
Delibera

di approvare la proposta così formulata concernente “*PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2023*” e di renderla disposta.

Il Direttore Generale

Dr.ssa Marina Cerimele

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

PROPOSTO		VERIFICATO		APPROVATO	
FUNZIONE	FIRMA	FUNZIONE	FIRMA	FUNZIONE	FIRMA
Dirigente Medico di Direzione Medica Dr.ssa O. Di Bella		Direttore UOC Direzione Medica IRE-ISG Dr.ssa C. Cavuto		Direttore Sanitario Dr. E. Gallo	
Area Qualità IFO Dirigente Prof. San. Infer.che Dr.ssa A.C. Pignatelli		Responsabile UOSD Qualità Accreditamento e Risk Management			
Coordinatore Attività Trasversali: Prevenzione e Monitoraggio delle ICA Qualità e Rischio Clinico-Infettivo Dr.ssa C. Pronesti		Direttore UOC D.I.T.R.A.R. Dr. F. Petrone			
Coordinatore Attività Trasversali – Pianificazione, Monitoraggio e Sicurezza delle Cure Dr.ssa I. Fanella					
UOSD Qualità Accreditamento e Rischio Clinico Dott. ssa V. Olivieri					

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO	6
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	7
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	8
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ	9
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	15
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2023.....	15
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	18
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	23
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	23

1. PREMESSA

Gli **Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.)** di Roma, Ente di diritto pubblico istituito con R.D. del 4/8/1932 n. 1296 ed il cui carattere scientifico (IRCSS) è stato riconosciuto con D.M. 22/2/1939, comprendono i seguenti Istituti:

- Istituto Regina Elena – I.R.E., per la ricerca, lo studio e la cura dei tumori;
- Istituto San Gallicano – I.S.G., per la ricerca, lo studio e la cura delle dermopatie anche oncologiche e professionali e delle malattie sessualmente trasmesse.

La mission primaria degli IFO è quella di contribuire al conseguimento degli obiettivi di promozione, di prevenzione, di mantenimento e di sviluppo dello stato di salute della popolazione assistita, secondo le previsioni del Piano Sanitario Nazionale, nel presupposto che garantire ad ogni cittadino, in ogni circostanza, la cura più adeguata al proprio bisogno di salute sia un compito fondamentale.

In quest'ottica la mission si caratterizza da un lato per l'attività di ricerca e dall'altro per la forte connotazione specialistica nel campo in cui gli Istituti operano.

In particolare, l'integrazione organizzativa si realizza nella definizione di un modello di governance che, potenziando le sinergie, valorizza nel contempo le peculiarità e specificità dei due IRCCS IRE e ISG.

La maggiore attrattività e sviluppo della ricerca e dell'innovazione degli IFO, risiede anche nel Clinical Trial Center condiviso tra IRCCS IRE e IRCCS ISG, con l'individuazione di iniziative comuni, mantenendo e rafforzando le singole progettualità di ricerca degli istituti, affidata ai due Direttori Scientifici.

In accordo con le finalità istituzionali degli IRCCS, gli Istituti Regina Elena e San Gallicano sono concretamente impegnati nell'assistenza e nella ricerca biomedica in campo rispettivamente oncologico e dermatologico.

L'obiettivo principale degli Istituti è quello di perseguire i dettami della Mission nel rispetto delle indicazioni Regionali (Piano di Rientro Regionale e Legge Finanziaria) e Nazionali (Piano Sanitario Nazionale), garantendo l'efficienza nell'impiego delle risorse attraverso un processo volto al continuo miglioramento in termini di livelli di produttività per risorse impiegate ed un livello di assistenza sempre più adeguato, in termini qualitativi oltre che in termini di appropriatezza dei servizi sanitari erogati, cercando di allineare i valori di produzione ai costi di gestione.

Sul piano gestionale gli Istituti hanno come costante punto di riferimento l'esigenza di coniugare gli obiettivi di salute e di ricerca con le risorse disponibili al fine di rendere sostenibile, anche dal punto di vista economico, il sistema.

L'attività di ricerca è stata indirizzata negli ultimi anni, in accordo con la programmazione sanitaria nazionale, a favorire gli studi traslazionali, un modello di attività scientifica che provvede, partendo da dati biochimici, biomolecolari e computazionali, a definire un approccio integrato e multidisciplinare alla gestione del paziente per applicarlo nella pratica clinica in tempi ragionevoli.

Attraverso rigorosi protocolli, anche in collaborazione con istituzioni internazionali, si indirizzano i risultati della più moderna ricerca di base verso un rapido trasferimento nella pratica clinica, a tutto beneficio di una gestione del paziente che rappresenti lo "stato dell'arte" della medicina. Fondamentale

è inoltre il contributo della ricerca nel campo della prevenzione, sia primaria sia secondaria, un aspetto che richiede specifici programmi, opportunamente finanziati e con obiettivi mirati.

In questo settore, la presenza di biobanche in Good Laboratory Practice (GLP), permette una continua implementazione di biomarcatori che consentono una diagnosi precoce della patologia.

L'organizzazione degli IFO rispecchia, nel disegno e nelle modalità operative, i principi e i valori espressi nell'Atto Aziendale, deliberazione n.153 del 19/02/2019 approvato dalla Regione Lazio con Decreto del Commissario ad Acta 2 luglio 2019, n. U00248 e successive modifiche approvate dalla Regione con Determina del 30 marzo 2021, n. G03488.

L'obiettivo dell'assetto organizzativo è valorizzare le competenze clinico-assistenziali e tecnico-diagnostiche, organizzative, gestionali nei Dipartimenti che si occupano della produzione clinica e di ricerca e valorizzare le competenze manageriali, organizzative, di leadership e di servizio nelle aree di supporto alla produzione, che sono il dipartimento delle funzioni tecnico-amministrative, l'Area degli Staff e la Direzione operativa.

I principi che guidano l'organizzazione degli IFO sono:

- la centralità del paziente, espressa nei percorsi di cura e nelle piattaforme produttive;
- la specializzazione delle linee di attività clinica;
- l'integrazione multi professionale;
- la valorizzazione delle leadership professionali e non solo delle competenze organizzativo-gestionali;
- l'apprendimento costante per lo sviluppo.

Il modello ordinario di funzionamento si distingue per la presa in carico globale del paziente l'approccio multi-professionale interdisciplinare e l'integrazione tra area clinica e area della ricerca di base e si realizza con:

- Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), atti a implementare la pianificazione gestionale e temporale di tutti gli interventi assistenziali, coordinando la successione degli interventi (diagnostici, terapeutici, nutrizionali, educativi, di sicurezza, di pianificazione alla dimissione, di screening di pre-ospedalizzazione, di consulenza);
- Gruppi Multidisciplinari di Gestione della Malattia ("Disease Management Team – DMT), che consentono un approccio integrato alle diverse patologie di competenza, avendo come obiettivo il superamento della frammentazione dei processi di cura e la ricerca dell'appropriatezza delle cure stesse, sulla base dei principi dell'Evidence Based Medicine;
- Gruppi di Ricerca Traslazionale ("Translational Research Interest Groups - TRIG"), costituiti da clinici, epidemiologi e ricercatori di base, a supporto della ricerca traslazionale nelle diverse aree disciplinari.

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) opera sulle indicazioni generali previste nei piani annuali e secondo le linee Regionali per individuare ed attuare le attività programmate; il gruppo si riunisce inoltre ogni qual volta sia necessario affrontare argomenti rilevanti che riguardano la prevenzione ed il controllo delle ICA in IFO.

Il Gruppo Operativo (GO) CC-ICA, in funzione della programmazione annuale mette in atto le attività previste per contenere il diffondersi delle ICA. A tal fine vengono analizzati:

a) indicatori epidemiologici, basati su report trimestrali relativi al numero e tipologia di infezioni/colonizzazioni per “germi alert” distribuiti per reparto, e relative frequenze dei profili di antibioticoresistenza, il tipo di antimicrobico utilizzato, il consumo in Dose Definita Giornaliera (DDD) e i relativi costi;

b) indicatori gestionali, inerenti il sistema di sorveglianza ICA che includono la valutazione dell’adesione del personale sanitario alle indicazioni (procedure/istruzioni operative) specifiche (es: esecuzione di tamponi di sorveglianza attiva per alcune tipologie di pazienti; adozione delle precauzioni aggiuntive in caso di pazienti con infezione).

Per quanto riguarda gli interventi diretti alla gestione appropriata dell’antibioticoterapia, il CC-ICA nel 2019 ha avviato il Programma Aziendale di Antimicrobial Stewardship (PAMS) attraverso l’attivazione di un team composto dall’infettivologo, dal farmacista, da un rianimatore, da un ematologo esperto nelle ICA, dal microbiologo e da n. 20 “medici responsabili del buon uso degli antimicrobici delle varie UU.OO.” con il fine di coinvolgere maggiormente i reparti ed i servizi degli IFO.

La gestione del Programma Aziendale di Anti Microbial Stewardship (PAMS) ha avuto risultati incoraggianti nel 2020 che hanno permesso di individuare terapie mirate e di tenere sotto controllo i livelli di farmaco resistenza con impatto anche sulla spesa farmaceutica attraverso l’appropriatezza dell’uso della terapia antimicrobica. Il programma è proseguito anche nel corso dell’anno 2021, con la semplificazione delle procedure di dispensazione dei principi attivi sotto monitoraggio, in base a quanto valutato nel 2020. Nel corso del 2022 è proseguita l’attività di monitoraggio del buon uso degli antimicrobici.

Per monitorare il PAMS, oltre alla reportistica discussa in sede di CC-ICA, il laboratorio di Microbiologia produce report trimestrali circa gli isolamenti da Organismi Multi-Drug-Resistant (MDRO) per reparto e materiale biologico, con le frequenze dei profili di antibiotico resistenza riscontrati; la farmacia fornisce i dati relativi al consumo grezzo e Dose Definita Giornaliera (DDD) e i costi degli antimicrobici a ciascuna Unità Operativa (UO) e il dato normalizzato per 100 giornate di degenza. La Direzione Sanitaria Aziendale nell’ambito del CCICA produce report sulle ICA mediante il sistema di sorveglianza ad hoc sviluppato.

Infine, gli Istituti, nel 2022, hanno aderito alla Giornata mondiale per l’igiene delle mani (5 maggio), giornata europea e settimana mondiale del buon uso degli antimicrobici (18 novembre) sensibilizzando tutti i reparti e i servizi all’adesione alle procedure aziendali.

In continuità con le attività precedenti, relativamente all’igiene delle mani, nel corso dell’anno 2022 si è provveduto a garantire il fabbisogno di gel idroalcolico anche per il persistere della pandemia al fine di garantire l’igiene delle mani sia per gli operatori sanitari che dei pazienti e visitatori ed è stato elaborato e diffuso il Piano Aziendale sull’Igiene delle Mani (PAIM).

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Dotazione di posti letto per gli IFO con la distribuzione, tra area medica, area chirurgica e intensiva è presentata dalla seguente tabella:

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI (IFO)			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	232	Medicina	77
		Chirurgia	145
		Posti letto Terapia Intensiva	10
Posti letto diurni	52	Servizi Trasfusionali	1
Blocchi Operatori	2	Sale Operatorie	- IRE 8 - ISG 1
Banca Tessuto Muscolo Scheletrico	1		
Banca Tessuto Ovarico	1		
Biobanca Oncologica	1		
Fase 1 e Medicina di precisione (*) PPLL DH	5		
Fase 1 e Medicina di precisione (*) PPLL ORD	2		
DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari	6179	Ricoveri diurni	3303
Branche specialistiche	26	Prestazioni ambulatoriali erogate	657.665

Fonte dati – Direzione Sanitaria Aziendale – periodo di riferimento anno 2022

(*) posti letto non a carico economico del SSR per gli studi di Fase 1 profit.

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, si riportano di seguito (Tabella 1) i dati relativi agli eventi segnalati nell'anno 2022.

Tabella 1 Eventi segnalati in piattaforma SIMES nel 2022 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	10	0	Strutturali (15%) Tecnologici (2%) Organizzativi (71%) Procedure/ Comunicazione (12%)	Strutturali (5%) Tecnologiche (2%) Organizzative (78%) Procedure/ Comunicazione (15%)	Sistemi di reporting (SIMES 100%)
Eventi Avversi	94	86%			
Eventi Sentinella	2	1%			

Fonte dati Servizio di reporting UOSD QuARC - Anno 2022

Dall'analisi delle segnalazioni degli eventi avversi sono emersi come evidenziato nella tabella fattori causali e/o contribuenti legati alla struttura oltre che all'organizzazione e comunicazione. Le azioni di miglioramento hanno riguardato principalmente il richiamo alle procedure aziendali specifiche e alle modalità di comunicazione con i pazienti e soprattutto fra il personale sanitario.

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

Anno (*)	N. Sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2018	20	9	€ 795.500
2019	54	17	€1.163.439,90
2020	25	14	€574.135,50
2021	14	15	€1.473.028,10
2022	18	11	€235.131,53
Totale	131	66	€4.496.367,03

Fonte dati U.O.C. Affari Generali periodo di riferimento anno 2022

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

La tabella riporta per ciascun anno il numero dei sinistri attivati (nuovi sinistri), ossia quelli riferiti a nuove richieste di risarcimento dei danni notificate nell'anno corrente. Riguardo agli importi dei risarcimenti erogati nel quinquennio, si sottolinea che gli importi sono riportati con "criterio di cassa", poiché i pagamenti relativi alla maggior parte dei sinistri si riferiscono a richieste di risarcimento notificate all'Ente in anni precedenti. Per tale ragione, con riferimento ai singoli anni, non vi è alcuna relazione tra il numero dei sinistri riportati nella tabella e gli importi erogati. Inoltre, gli importi indicati si riferiscono alle quote di franchigia a carico

dell'Ente; infatti, gli importi totali erogati a titolo di risarcimento sono superiori a quelli indicati poiché non sono riportate le quote a carico della Compagnia di Assicurazioni.

Va, inoltre, precisato che gli importi pagati non possono essere considerati tutti definitivi, non potendosi escludere che quelli relativi a sinistri per i quali vi è stata sentenza esecutiva, possano in tutto o in parte essere recuperati a seguito di sentenze di appello favorevoli all'Ente.

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2018	01.01.2017-8.08.2018 Polizza RCT/RCO	SHAM	ANNUO € 2.685.000,00	€ 84.900	NO
	9.08.2018-9.08.2019 Polizza RCT/RCO	Berkshire Hathaway	ANNUO € 2.990.000,00	€ 50.000 Importo Max di franchigia € 1.000.000	
2019	09.08.2019-08.08.2020 Polizza RCT/RCO	Berkshire Hathaway	ANNUO € 2.990.000,00	€ 50.000	NO
	09.08.2019-09.08.2020 Polizza RCT/RCO			Importo Max di franchigia agg.ta € 500.000	
2020	09.08.2020-31.12.2020	Berkshire Hathaway	ANNUO € 1.178.000,00	€50.000 Importo max franchigia aggregata € 500.000	NO
2021	01.01.2021-31.12.2021	Am Trust	ANNUO € 2.751.900,00	€50.000 Importo max franchigia aggregata € 500.000	NO
2022	01.01.2022-31.12.2022	Am Trust	ANNUO € 2.751.900,00	€50.000 Importo max franchigia aggregata € 500.000	NO

Fonte dati UOC Affari Generali e Legali periodo di riferimento anno 2022

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizza ta	Stato di attuazione
<p>Attività 1 - Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti. Attività di formazione anche attraverso incontri presso i reparti con focus su argomenti critici. - Formazione ed Informazione sul buon uso del farmaco in Reparto con riferimento alla Gestione del Rischio; verifica dell'aderenza alle procedure aziendali sulle Raccomandazioni Ministeriali relative alla gestione dei farmaci. Gli argomenti riguarderanno le corrette modalità di gestione dei farmaci utilizzati in Reparto, alla luce dell'esperienza e delle criticità emerse negli audit condotti durante il 2021.</p>	SI	<p>Nel corso del 2022 sono stati organizzati n. 3 Corsi formativi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20/06/2022 Corso formativo organizzato con U.O.S.D. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale "La Raccomandazione Ministeriale n. 5 – Prevenzione della reazione trasfusionale ed incompatibilità AB0 e gestione della terapia trasfusionale" (I Edizione); • 10/11/2022 Corso formativo organizzato con U.O.S.D. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale "La Raccomandazione Ministeriale n. 5 – Prevenzione della reazione trasfusionale ed incompatibilità AB0 e gestione della terapia trasfusionale" (II Edizione); • 22/11/2022 Corso formativo organizzato con Direzione Medica e U.O.C. Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Assistenza e Ricerca (DITRAR) "La prevenzione dei fattori di rischio nell'evento caduta: sicurezza delle cure della persona assistita e degli operatori sanitari". <p>Durante gli audit proattivi dell'anno 2022 all'interno delle diverse Unità Operative, sono stati inseriti degli incontri <i>informativi/formativi</i> relativi al buon uso del farmaco con focus sui farmaci LASA, analisi delle criticità emerse e aggiornamento della "Procedura per la gestione e manutenzione del carrello per le emergenza".</p>
<p>Attività 2 Somministrazione di questionario su qualità percepita ad utenza dell'IFO</p>	SI	<p>Nel corso del 2022 è stata effettuata un'indagine a campione sulla qualità percepita, con la divulgazione e somministrazione del questionario di gradimento nei Reparti e Servizi dell'IFO tramite Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) con relativa elaborazione dei dati in un report annuale che sarà oggetto di valutazione da parte della Direzione Strategica.</p>
Obiettivo B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTEVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
Attività	Realizza ta	Stato di attuazione
<p>Attività 1 Approvazione, implementazione, diffusione e monitoraggio della "Procedura per la segnalazione e gestione dell'Incident reporting".</p>	SI	<p>Nel corso del 2022 è stata approvata e implementata la segnalazione e gestione della Procedura aziendale "Procedura per l'attivazione dell'Incident Reporting and Learning System: segnalazione spontanea degli eventi avversi e/o near miss" QuARC PP 04 Rev. 01 del 13/06/2022, con la verifica di adesione durante gli audit e sopralluoghi presso le Unità Operative.</p> <p>Per avere evidenza del percorso intranet da intraprendere per la lettura e la diffusione di tutti i documenti, è stata elaborata una "Nota Informativa (n. 0011527 del 05/09/2022), per presa visione</p>

		delle Procedure, Istruzioni Operative, Protocolli e altra documentazione, da parte del personale sanitario con la descrizione del <i>Percorso Intranet Aziendale</i> da seguire per la consultazione".
Obiettivo C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività	Realizza ta	Stato di attuazione
<p>Attività 1</p> <p>Svolgimento di audit su eventi, processi od esiti.</p>	SI	<p>Nel corso del 2022 sono stati svolti n. 45 audit proattivi di prima parte presso le singole Unità Operative.</p> <p>AUDIT PROATTIVI</p> <p>L'approccio metodologico seguito per gli audit proattivi è stato il seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • individuazione di un gruppo di auditor interni tra i professionisti afferenti al DITRAR che ha anche elaborato check list adatte alle Unità Operativa di Degenza, di Servizi, di Ambulatori e di Laboratori. <ul style="list-style-type: none"> - pianificazione pre audit: <ul style="list-style-type: none"> ✓ valutazione della documentazione in uso presso il Reparto/Servizio (es. modulistica, procedure interne, istruzioni operative, linee guida, registri, ...); ✓ identificazione di situazioni di rischio/opportunità sui processi assistenziali. - audit durante i quali si è verificata: <ul style="list-style-type: none"> ✓ la coerenza tra documentazione presente in UO e documentazione disponibile nell'intranet aziendale; ✓ la completezza della stessa documentazione disponibile; ✓ la mappatura e analisi dei rischi e delle opportunità. <p>Per ogni audit proattivo condotto presso i Servizi, Ambulatori e Degenze, è stato elaborato un verbale, sulla base di una Check List, per eventuali rilevazioni di <i>non conformità</i> (NC) e/o osservazioni.</p> <p>AUDIT REATTIVI</p> <ol style="list-style-type: none"> a. n. 12 audit di cui 10 near miss e n. 2 eventi sentinella; b. n. 3 re-audit per monitoraggio azioni di miglioramento a breve termine; c. n. 94 sopralluoghi per ogni evento di caduta segnalata.
<p>Attività 2</p> <p>Gli Istituti hanno attivato la revisione dei consensi della modulistica di revisione del consenso informato al trattamento diagnostico/terapeutico dell'atto sanitario. Dal mese di</p>	SI	<p>È stata elaborata l'Istruzione Operativa "Recepimento ed adeguamento del documento regionale di indirizzo sul Consenso Informato (Determinazione N. G00642 del 25/01/2022) della U.O.C. Direzione Medica IO-02 del 05/12/2022)" con i relativi allegati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - collaborazione alla elaborazione di 58 informative per l'ISG e 356 informative per l'IRE, in corso di implementazione;

novembre 2021 sono stati avviati degli incontri ad hoc con i Direttori e Responsabili delle Unità Operative assistenziali per l'aggiornamento del format dei Consensi Informati e delle relative informative specifiche. Il modello adottato, che si è rivelato conforme alla successiva determina Regionale n. G00642 del 25/01/2022, prevede la strutturazione del modulo in due sezioni: la prima sezione è riservata all'acquisizione del Consenso Informato al trattamento diagnostico terapeutico sanitario per le diverse tipologie (persona capace, incapace-minore) comprensive degli atti di delega e di revoca, la seconda sezione è dedicata alle informative specifiche per ciascuna prestazione erogata. Rispetto alla precedente edizione è stata previsto, conformemente alle indicazioni Regionali, anche l'acquisizione del Consenso Generale alle cure necessario per l'inizio di qualsiasi trattamento sanitario per i quali non è richiesto un consenso informato specifico.

- predisposizione all'avvio dell'informatizzazione dei Consensi e delle Informative per la firma digitalizzata secondo gli applicativi messi in uso dai Sistemi Informativi;
- avvio presso tre ambulatori di tre U.O. della sperimentazione su cartaceo del Consenso Generale alle Cure (110 consensi firmati).

Per il "Miglioramento qualitativo dell'appropriatezza organizzativa e qualità di assistenza erogata" sono stati effettuati 5 Hospital Meeting dal titolo: "La Qualità della Cartella Clinica: i contenuti, codifica e congruità della Scheda Dimissione Ospedaliera (SDO). Appropriatezza setting assistenziali", presso n. 10 Unità Operative.

OBIETTIVI RISCHIO INFETTIVO – RELAZIONE anno 2022

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p>Attività 1 -Corso di Informazione/Formazione degli operatori sanitari mirato al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA con particolare attenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alla modalità di trasmissione dei microrganismi alert • al buon uso degli Antimicrobici 	SI	<p>Strutturato e realizzato corso FAD – Corretta igiene delle mani con i seguenti risultati:</p> <p>Corso aperto a numero massimo di 200 operatori sanitari; nell'arco di 30 gg. lavorativi numero 181 (89%) operatori sanitari hanno visualizzato il corso e in totale n. 178 (98%) operatori hanno superato con esito positivo il test finale.</p> <p>Effettuato corso formativo – Prevenzione e gestione delle ICA – in data 16 dicembre 2022, in</p>

<ul style="list-style-type: none"> • alla corretta esecuzione dell'igiene delle mani • all'uso appropriato dei DPI. <p>-Attività Informativa diffusa su intranet: "Pillole Contagiose per non Contagiare" Brevi Video Formativi sulle principali Procedure di prevenzione e gestione delle ICA (esempi: CC-ICA e GO-CCICA; Antibiotici e loro uso ottimale; DDD degli antibiotici; Alert Organism; principali aspetti su misure d'isolamento e modalità di trasmissione delle malattie infettive; prevenzione e gestione delle infezioni correlate ai "device"; ecc.).</p>		<p>presenza, in cui sono stati trattati i sui seguenti temi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio e prevenzione delle ICA, • Buon uso antimicrobici, • Modalità di trasmissione, • Igiene delle mani. <p>Realizzazione di n. 11 di brevi video formativi sulle principali procedure per la prevenzione e gestione delle ICA "Pillole Contagiose per non Contagiare".</p>
<p>OBIETTIVO B) DEFINIZIONE DI PIANO DI AZIONI LOCALI E VERIFICA SEMESTRALE CON GLI OPERATORI DELLE STRUTTURE OPERATIVE SUL CORRETTO UTILIZZO dei Dispositivi di Protezione Individuali e della CORRETTA IGIENE DELLE MANI (utilizzo check list Regionale)</p>		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
<p>Attività 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Predisposizione piano igiene mani entro il 31.03.2022 - Diffusione entro il 30.04.2022 - Verifica, nel secondo semestre, del corretto utilizzo DPI e corretta igiene mani con applicazione delle check list specifiche 	SI	<ul style="list-style-type: none"> • Eseguita analisi strutturale dei punti di lavaggio mani e presentata relazione alle Direzioni. • Impostato questionario on line per la valutazione delle conoscenze operatori sanitari sulla corretta igiene delle mani con il supporto degli operatori del Centro Elaborazione Dati CED e presentata relazione dei risultati emersi alle Direzioni. • Stesura di Piano Aziendale Igiene delle Mani (PAIM) con le azioni locali; • Inserimento nella sezione Intranet dicembre 2022. • Eseguita, con operatori DITRAR, monitoraggio in due UU.OO. la verifica dell'adesione degli operatori sanitari alle procedure aziendali con tema igiene mani e uso corretto dei Dispositivi Protezione Individuali (DPI), relazione presentata al Direttore DITRAR.
<p>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 CRE</p>		
<p>Attività 1</p> <p>1. Mantenimento del modello di sorveglianza attiva (es. tampone rettale/coprocultura) delle colonizzazioni/infezioni da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE), Staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA) e Multidrug resistance (MDR).</p>	SI	<p>1. Elaborazione di Report per l'anno 2022 sul numero di tamponi positivi totali per CRE/numero di tamponi totali eseguiti per reparto con confronto anno precedente.</p>

<p>2. Aggiornamento e applicazione di nuovo Protocollo Operativo per la sorveglianza attiva dei pazienti pre-accesso di ricovero negli Istituti.</p> <p>3. Monitoraggio e controllo della legionellosi con campionamenti mirati nei punti critici del sistema di erogazione nei reparti e servizi. L'attività prevede l'analisi dei dati microbiologici ed ambientali in collaborazione con la Direzione Medica.</p>		<p>2. Anno 2022 effettuati n. 850 tamponi rettali/6577 pazienti ricoverati con il riscontro di n.9 casi di pazienti infetti/colonizzati da CRE. Stesura del "Regolamento di Preospedalizzazione" (DM 01-2022) in cui si definiscono i tamponi di sorveglianza nei pazienti chirurgici in pre-ricovero.</p> <p>3. Sono stati effettuati campionamenti programmati per la ricerca di Legionella nei punti dell'impianto idrico dell'IFO, considerati più a rischio per lo sviluppo e quindi presenza di Legionella e nei reparti che ospitano i pazienti più a rischio di contrarre l'infezione. I campionamenti sono stati effettuati dalla Ditta incaricata in presenza di operatori dell'Ufficio Tecnico, del Servizio Prevenzione e Protezione e della Direzione Medica. Insieme alla ricerca di Legionella sono stati valutati, per ogni campione di acqua prelevato, anche la temperatura, il pH e la concentrazione di cloro. In Istituto sono presenti 4 impianti di clorazione di acqua di cui 3 di clorazione di acqua calda ed 1 di clorazione di acqua fredda. La UOC Patrimonio e Tecnico mantiene il costante monitoraggio della concentrazione di Cloro e la pulizia e sanificazione dei boiler. Sono stati installati dei sistemi che dosano l'ipoclorito o, meglio, biossido di cloro, e che consentono di mantenere costante la quantità di sanificante presente nel sistema che può essere monitorata di continuo tramite sonde resistenti alle temperature.</p>
<p>Attività 2</p> <p>1. Mantenimento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE, MRSA e MDR con verifica dell'applicazione della procedura aziendale soprattutto per le misure d'isolamento.</p>	<p>SI</p>	<p>Implementazione della valutazione Infettivologica per i pazienti a rischio infettivo con analisi dei tamponi di sorveglianza effettuati in pre ricovero.</p> <p>La U.O. di Microbiologia e Virologia ha prodotto trimestralmente il report che è stato condiviso con tutte le UU.OO. e le Direzioni Operative.</p> <p>Nel corso dell'anno 2022 sono pervenute dalla U.O. di Microbiologia e Virologia in totale n. 271 segnalazioni di positività da virus e germi alert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. 120 DA VIRUS - N. 116 GERMI ALERT IN PAZIENTI AMBULATORIALI E RICOVERATI - N. 35 GERMI ALERT IN PAZIENTI PRE OSPEDALIZZATI

		<p>A seguito delle segnalazioni riportate, sono state eseguite le indagini epidemiologiche, nei casi dei pazienti ricoverati, con la verifica di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione delle Procedure Aziendali per il contenimento della diffusione delle infezioni; • Predisposizione di visual e dispositivi di protezione individuali.
<p>Attività 3 Mantenimento delle modalità di raccolta dati e flusso dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE) come da indicazione Regione Lazio protocollo n.703555 del 07.09.2021</p> <ul style="list-style-type: none"> - Report annuale da inoltrare ai flussi nazionali. come da indicazione regionale settembre 2021 - Report annuale da inoltrare alla Regione 	<p>SI</p>	<p>Sono state notificate N. 11 batteriemie (n. 5 correlate a CVC e n. 6 da vena periferica).</p> <p>Altre notifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. 139 virus (SARS-CoV2, Varicella e sospetto Vaiolo delle scimmie - Monkeypox); - N. 10 DNA Mycobacterium tuberculosis; - N. 3 Clostridium Difficile.
<p>Attività 4 Attività Programma Aziendale di Antimicrobial Stewardship: Verifica delle procedure aziendali sull'antibiotico profilassi peri-operatoria e procedura antibiotico terapia, mediante ricognizione e monitoraggio uso farmaci per consumo espresso in DDD/100 gg di degenza per semestre.</p>	<p>SI</p>	<p>In collaborazione con U.O. Farmacia è stato redatto il report semestrale di consumo antimicrobici con la valutazione dei consumi in Dose Definita Die (DDD). Nel corso dell'anno 2022 si è provveduto al fabbisogno di gel idroalcolico al fine di garantire l'igiene delle mani sia per gli operatori sanitari che per i pazienti ed i visitatori anche per il persistere della pandemia da SARS-CoV-2. Il consumo complessivo di gel idroalcolico per l'igiene delle mani è stato di circa: 1.631 litri nel 2022 1.569 litri nel 2021</p>
<p>Attività 5 Implementazione delle attività di contenimento del rischio di trasmissione del virus SARS-CoV-2.</p>	<p>SI</p>	<p>Controllo sull'efficacia di procedure già in atto.</p> <p>Monitoraggio continuo sulla corretta applicazione delle indicazioni di accesso in IFO (Ospedale NO COVID). Per l'accesso ai setting assistenziali sono state monitorate le procedure che prevedono l'esecuzione del tampone nasofaringeo (TNF) molecolare non oltre le 48 ore precedenti l'accesso come anche in pre- dimissione.</p> <p>Gestione ed organizzazione della campagna di vaccinazione COVID 19.</p>

<p>Attività 6 Attuazione del Piano Aziendale di Monitoraggio Ambientale e Microbiologico (PAMAM)</p>	<p>SI</p>	<p>I campionamenti sono stati effettuati, come da contratto in corso nel 2022, e sono stati valutati anche i risultati pervenuti dalla Direzione Medica, SPP e Ufficio Tecnico.</p>
---	-----------	---

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore Sanitario	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale/Proprietà	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto i punti: 2, 3, 7)	C	R	C	C	C	-
Redazione punti 2-3	C	C	R	I	C	-
Redazione punto 7	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio punto 7	R	C	I	I	I	C

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2023

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- 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.
- Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

ATTIVITÀ 1

- a) Progettazione ed esecuzione di iniziative di formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza della persona assistita e degli operatori.
- b) Progettazione di attività di formazione anche attraverso incontri presso i reparti di Hospital Meeting su argomenti critici.

INDICATORE

- a) Numero di eventi formativi entro il 31/12/2023.
- b) Numero di Hospital Meeting entro il 31/12/2023.

STANDARD

- a: ≥ 2 ;
- b : ≥ 5

FONTE UOSD QuARC, UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD QuARC	UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano	Corpo Docente
Progettazione dei corsi e degli Hospital Meeting	R	C	C
Accreditamento dei corsi e degli Hospital Meeting	C	R	I
Esecuzione dei corsi e degli Hospital Meeting	R	C	C

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

ATTIVITÀ 2

Somministrazione, a campione, di questionario su qualità percepita.

INDICATORE

Numero di questionari compilati ricevuti

STANDARD ≥ 1

FONTE UOSD QuARC, URP, Direzione Medica, DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD QuARC	URP	Direzione Sanitaria Aziendale	Direzione Medica	DITRAR
Aggiornamento del questionario	C	R	C	I	I
Somministrazione all'utenza	I	R	I	I	I
Elaborazione dati	R	C	I	I	I
Individuazione di Misure correttive	C	I	R	C	C

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 1

- a) Approvazione, implementazione, diffusione e monitoraggio della procedura "Prevenzione e gestione della caduta della persona assistita"
- b) Approvazione, implementazione, diffusione e monitoraggio della procedura "Procedura per la corretta identificazione della persona assistita durante i processi clinico-assistenziali".

INDICATORE

- a) Elaborazione e/o aggiornamento procedure aziendali;
- b) Diffusione delle due procedure.

STANDARD ≥ 2 procedure

FONTE UOSD QuARC, Direzione Medica, DITRAR.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD QuARC	Direzione Medica	DITRAR
Approvazione	R	C	C
Validazione	C	C	C
Informazione/formazione	R	I	C
Verifica	R	I	I

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

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

ATTIVITÀ 1

Svolgimento di Audit su eventi, processi od esiti.

INDICATORE

Numero audit svolti

STANDARD >2

FONTE UOSD QuARC, Reparti/Servizi, Direzione Sanitaria Aziendale, Direzione Medica, DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD QuARC	Responsabili di Struttura e Personale si Comparto	Direzione Sanitaria Aziendale
Preparazione	R	I	C
Svolgimento	R	C	I
Piano di miglioramento	R	C	C

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

ATTIVITÀ 2

- a) A seguito dell'implementazione dell'istruzione operativa "Recepimento ed adeguamento del documento regionale di indirizzo sul consenso informato", nell'anno 2023 (1° trimestre) dovranno essere deliberati i nuovi consensi e pubblicate sul sito istituzionale le informative.
- b) Attività di verifica di utilizzo dei consensi informati e delle informative

INDICATORE

- a) Delibera aziendale della "Istruzione operativa per il recepimento ed adeguamento del documento regionale di indirizzo sul consenso informato" e della relativa modulistica.
- b) Hospital Meeting sulla qualità della cartella clinica

STANDARD:

- a) 1 delibera
- b) N. 5 Hospital Meeting

FONTE Direzione Medica, Responsabili UU.OO, UOC Risorse Umane e Contenzioso, DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Medica	Responsabili UU OO	UOC Risorse Umane e Contenzioso
Aggiornamento modulistica	R	C	C
Diffusione	R	C	I
Verifica	R	C	I

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

8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

I tre obiettivi strategici definiti a 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 per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- 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).

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

ATTIVITÀ 1

- A. Organizzazione di attività di Informazione/Formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA.
- B. Durante gli Hospital Meeting (Accreditati ECM) inseriti nel Piano formativo Aziendale (PFA) 2023, pianificati per la Direzione Medica, si tratteranno i seguenti temi: 1) Raccomandazione n. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie; 2) Attuazione del Piano dell'Igiene delle Mani.

INDICATORE

Svolgimento corsi ECM per il personale sanitario IFO su:

1. Monitoraggio e prevenzione delle ICA.
2. Uso appropriato degli antimicrobici e applicazione delle procedure aziendali antibioticotераpia e antibiotico profilassi perioperatoria.

STANDARD

- o n. 1 evento formativo sul monitoraggio e prevenzione delle ICA, sull'uso corretto degli antimicrobici e sorveglianza attiva pazienti colonizzati.
- o n. 10 Hospital Meeting nelle UU.OO.

FONTE

CC-ICA, GO-CCICA, UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CC-ICA	UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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 PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023.

ATTIVITÀ 1

Verifica semestrale come da Piano Aziendale Igiene delle Mani (PAIM) con i medici delle UU.OO. ed i coordinatori infermieristici sul corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuali e sulla corretta igiene delle mani di tutti gli operatori ivi operanti (check list regionale)

INDICATORE

Monitoraggio e verifica semestrale in tutte le UU.OO. dell'applicazione del piano igiene delle mani con utilizzo della check list regionale adottata nel PAIM 2022

STANDARD

Adesione alla corretta igiene delle mani all'80% da parte del personale sanitario.

FONTE

GO-CCICA, Direzione Medica, DITRAR e RSPP

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	GO-CCICA	Direzione Medica	DITRAR	RSPP
Monitoraggio	R	C	C	I
Verifica	R	I	C	I

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

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 CRE

ATTIVITÀ 1

A. Mantenimento del modello di sorveglianza attiva (es. tampone rettale) delle colonizzazioni/infezioni da CRE, MRSA e MDR.

B. Monitoraggio e controllo della legionellosi con campionamenti mirati nei punti critici del sistema di erogazione nei reparti e servizi. L'attività prevede l'analisi dei dati microbiologici ed ambientali in collaborazione con la Direzione Medica.

INDICATORI

- Monitoraggio e verifica dell'applicazione dei protocolli con report semestrali sul numero di tamponi di sorveglianza attiva per tipologia di reparto con confronto anno precedente.
- Numero di accessi alla preospedalizzazione diviso numero pazienti ricoverati (Prevalenza).
- Valutazione dei dati ambientali e microbiologici per la legionellosi.

STANDARD

Un report annuale.

FONTE

CC-ICA, GO-CICCA, REPARTI E SERVIZI

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	CC-ICA	GO-CICCA	REPARTI E SERVIZI
Verifica applicazione procedura mediante scheda epidemiologica	I	R	C
Esecuzione Report su tamponi	C	R	I

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

ATTIVITÀ 2

1. Mantenimento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE, MRSA e MDR con verifica dell'applicazione della procedura aziendale soprattutto per le misure d'isolamento.

INDICATORI

- Report trimestrale sulla circolazione di alert (CRE MRSA e MDR) per reparto con confronto anno precedente.
- Report semestrale sulla sorveglianza per l'adesione alla procedura aziendale sulle misure d'isolamento adottate in caso di pazienti con infezione da CRE, MRSA e MDR (uso DPI, isolamento da contatto, ecc.).

STANDARD

Un report annuale.

FONTE

CC-ICA, GO-CICCA, REPARTI E SERVIZI

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	CC-ICA	GO-CICCA	REPARTI E SERVIZI
Verifica applicazione procedura mediante scheda epidemiologica	I	R	C
Esecuzione Report su tamponi	C	R	I

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

ATTIVITÀ 3

Mantenimento delle modalità di raccolta dati e flusso dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE come da indicazione Regione Lazio protocollo n.703555 del 07.09.2021

INDICATORI

- Report annuale da inoltrare ai flussi nazionali come da indicazione regionale settembre 2021.
- Report annuale da inoltrare alla Regione.

STANDARD

Un report annuale.

FONTE

CC-ICA, GO-CCICA, MICROBIOLOGIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITÀ	CC-ICA	GO-CCICA	MICROBIOLOGIA
Elaborazione dei report con trasmissione interna ed ai flussi regionali	I	R	C
Elaborazione report annuale ed inoltro in Regione	R	C	I

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

ATTIVITÀ 4

Attività Programma Aziendale di Antimicrobial Stewardship:

- Verifica delle procedure aziendali sull'antibiotico profilassi peri-operatoria e procedura antibiotico terapia, mediante ricognizione e monitoraggio uso farmaci per consumo espresso in DDD/100 gg di degenza per semestre.

INDICATORI

Report semestrale consumo antimicrobici in DDD/100 gg di degenza

STANDARD

Un report annuale

FONTE

CC-ICA, GO-CICCA, REPARTI E SERVIZI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	GO-CICCA	FARMACIA
Incontri periodici con reparti	C	R	C
Verifica con elaborazione report su consumo farmaci	C	R	R

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

ATTIVITÀ 5

1.Implementazione delle attività di contenimento del rischio di trasmissione del virus SARS-CoV-2.

INDICATORI

Per tutto il personale:

- Monitoraggio dei contatti e sorveglianza attiva degli operatori.
- Attività di *contact tracing* per il personale sanitario risultato positivo o contatto stretto di caso e per i pazienti risultati positivi.
- Report semestrali dei contagi.

Per i pazienti:

- effettuazione di tampone naso-faringeo in pre-ricovero, trasferimento e pre-dimissione;
- indagine epidemiologica in caso di positività;
- report semestrali dei contagi.

STANDARD

Copertura di almeno il 99% del personale monitorato.

Copertura del 100% di tamponi molecolari in pre-ricovero, trasferimento e pre-dimissione.

Copertura del 100% di indagini epidemiologiche in caso di paziente positivo

FONTE

CC-ICA, Direzione Medica, Medico Competente, DITRAR e RSPP.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CCICA	GO-CICCA	Direzione Medica	MEDICO COMPETENTE	RSPP
Verifica applicazione procedure	I	I	C	R	I
Verifica esecuzione tamponi molecolari dei pazienti	C	C	I	I	I
Esecuzione Indagine epidemiologica per paziente positivo	I	R	C	I	I

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

ATTIVITÀ 6

Mantenimento e verifica del Piano Aziendale di Monitoraggio Ambientale e Microbiologico (PAMAM).
Controllo dei campionamenti ambientali previsti per la valutazione del microclima con produzione di report di sintesi almeno semestrali.

INDICATORI

Campagne di monitoraggio ambientale

STANDARD

Campionamenti ≥ 2

FONTE

QuARC, Direzione Medica, RSPP e UU.OO.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	QuARC	CC-ICA	Direzione Medica	RSPP	UU.OO.
Preparazione	I	C	R	C	I
Svolgimento	I	I	R	C	I
Verifica	C	C	R	C	I

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

9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine di promuovere e sostenere la realizzazione del PARS la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- I. Diffusione, a cura del QuARC, a tutti i Direttori Dipartimentali, i Direttori/Responsabili di struttura organizzativa, Coordinatori Infermieristici e operatori sanitari dell'IFO mediante posta elettronica aziendale.
- II. Pubblicazione del PARS sull'archivio documentale della intranet aziendale.
- III. Pubblicazione del PARS sul sito internet aziendale.

10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Nota della Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica, Protocollo U124752 del 02/02/2023 – “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS)”;
2. Nota della Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica, Protocollo U0098868 del 01/02/2022 – “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale di Gestione Rischio Sanitario (PARS);
3. Determinazione - Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria – Rete Ospedaliera Specialistica n. G00643 del 25/01/2022 avente per oggetto “Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”;
4. Ordinanza Presidente Regione Lazio, 17 aprile 2020 n. Z00031 “Ulteriori misure per la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID 19: prevenzione contenimento e gestione dei focolai da SARS COV2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, socio sanitarie e socio residenziali ”delle indicazioni regionali contenute nella Determinazione n. G00164 del 11 gennaio 2019 “Approvazione documento recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)” trasmessa con nota della Regione Lazio Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria –Area Rete Ospedaliera E Specialistica - protocollo GR/39.15.49428 del 22-01-2019;ota Protocollo 0049428 del 22/01/2019 della Direzione Regionale salute e integrazione sociosanitaria – Area rete ospedaliera e specialistica “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM);
5. Regione Lazio – Salute e Integrazione Sociosanitaria. Determinazione G00164 del 11 gennaio 2019 “Approvazione ed adozione del documento recante le “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management”;
6. Legge 8 marzo n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
7. Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328. Approvazione delle "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
8. Regione Lazio DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356 Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";

9. Regione Lazio DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
10. Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 - Progetto 7.3, contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza e monitoraggio dell'uso degli antibiotici";
11. Regione Lazio DCA n. U00563 del 24/11/2015, Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA);
12. Regione Lazio DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U.0388434 del 22-07-2016;
13. Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobica-resistenza (PNCAR) 2017-2020", approvato il 2 novembre u.s. con Intesa in Conferenza Stato-Regioni;
14. Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20dell'e%20cure&area=qualita
15. Regione Lazio. Rischio Clinico. http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&id=311
16. AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente <http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente>

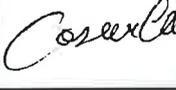
Rischio infettivo:

17. 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;
18. 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;
19. Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
20. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
21. Determina 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";
22. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
23. Determina Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
24. 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;
25. 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);
 26. Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR 2017-2010);
 27. 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”;
 28. Circolare 035086-03/12/2019-DGPRES-MDS-P Rapid Risk Assessment dell’ECDC: Enterobatteri Resistenti ai carbapenemi (CRE) – 26 settembre 2019.
 29. Circolare 035470-06/12/2019-DGPRES-MDS-P Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE);
 30. Nota Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Rete Ospedaliera e Specialistica prot. N. 63667 del 23/01/2020;
 31. Ordinanza Presidente Regione Lazio, 17 aprile 2020 n. Z00031 “Ulteriori misure per la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID 19: prevenzione contenimento e gestione dei focolai da SARS COV2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, socio sanitarie e socio residenziali ” delle indicazioni regionali contenute nella Determinazione n. G00164 del 11 gennaio 2019 “Approvazione documento recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)” trasmessa con nota della Regione Lazio Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria –Area Rete Ospedaliera E Specialistica - protocollo GR/39.15.49428 del 22-01-2019;
 32. Nota Regione Lazio R.U. U.0884520 del 15/10/2020;
 33. Ministero della Salute: Piano strategico Vaccinazione anti SARS-CoV 2 del 12 dicembre 2020;
 34. Decreto del Commissario ad Acta del 24/11/2015 n. U00563, - Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA);
 35. Decreto del Commissario ad Acta 7/11/2017, n. U00469 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 – sezione sulla gestione del rischio infettivo;
 36. Determina della Regione Lazio G00163 del 11/01/2019 “Linee di indirizzo per la stesura dei piani attuativi per i comitati di controllo delle infezioni correlate all’assistenza della Regione Lazio” trasmesse all’ Area Programmazione Rete Ospedaliera e Risk Management Regione Lazio -Direzione Salute e Politiche Sociali-Correlate all’assistenza (CC-ICA), previste ai sensi delle normative vigenti, con nota n.GR/39.15.55285 del 23 gennaio 2019;

37. DGPRES Ministero della Salute n 0001479 del 17/01/2020 aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi CRE;
38. Nota Regione Lazio n.63667 del 23/01/2020 “Comunicazioni relative all’elaborazione del PAICA 2020”;
39. Centro Regionale Rischio Clinico - Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani – 19/02/2021;
40. Ordinanza Presidente Regione Lazio, 17 aprile 2020 n. Z00031 “Ulteriori misure per la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID 19: prevenzione contenimento e gestione dei focolai da SARS COV2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, socio sanitarie e socio residenziali ”delle indicazioni regionali contenute nella Determinazione n. G00164 del 11 gennaio 2019 “Approvazione documento recante “Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)” trasmessa con nota della Regione Lazio Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria –Area Rete Ospedaliera E Specialistica - protocollo GR/39.15.49428 del 22-01-2019;
41. Nota Regione Lazio R.U. U.0884520 del 15/10/2020;
42. Regione Lazio – CRRC – Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani – 19 febbraio 2021.

 	UOC DIREZIONE MEDICA - CC-ICA PIANO AZIENDALE SULL'IGIENE delle MANI (PAIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PAIM Rev.00 13/12/2022 Pag. 1 di 10
---	---	---

PROPOSTO		VERIFICATO		APPROVATO	
FUNZIONE	FIRMA	FUNZIONE	FIRMA	FUNZIONE	FIRMA
Dirigente Medico di Direzione Medica Dr.ssa O. Di Bella		Direttore UOC Direzione Medica IRE-ISG Dr.ssa C. Cavuto		Direttore Sanitario Dr. E. Gallo	
Area Qualità IFO Dirigente Prof. San. Infer.che Dr.ssa A.C. Pignatelli		Responsabile UOSD Qualità Accreditamento e Risk Management			
Coordinatore Attività Trasversali: Prevenzione e Monitoraggio delle ICA Qualità e Rischio Clinico-Infettivo Dr.ssa C. Pronesti		Direttore UOC D.I.T.R.A.R. Dr. F. Petrone			

INDICE

1. STATO DELLE REVISIONI	1
2. PREMessa.....	2
3. SCOPO.....	4
4. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	4
5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI	5
6. MODALITA' OPERATIVE	6
7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DOCUMENTO.....	7
8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO.....	7
9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO	8
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA	8
11. ALLEGATO 1 - SCHEDA DI OSSERVAZIONE.....	10

1. STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
13/12/2022	0	Prima emissione

	<p>UOC DIREZIONE MEDICA - CC-ICA PIANO AZIENDALE SULL'IGIENE delle MANI (PAIM)</p> <p>Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i></p>	<p>UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PAIM Rev.00 13/12/2022 Pag. 2 di 10</p>
---	--	--

2. PREMESSA

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura. Costituiscono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale: ospedali per acuti, day hospital/day surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali, ecc.

Le ICA possono essere causate da microrganismi già presenti sulla cute e sulle mucose del paziente (infezioni endogene) o da microrganismi trasmessi tramite un altro paziente, un operatore sanitario o l'ambiente (infezioni esogene).

Le cause sono molteplici, fra le principali ricordiamo:

- a. la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi; gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili;
- b. l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunodepressione) o la presenza di altre gravi patologie concomitanti;
- c. la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale;
- d. l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA.

Le ICA rappresentano uno dei principali problemi per la sicurezza dei pazienti, e hanno un impatto clinico ed economico rilevante per i servizi sanitari, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano:

- prolungamento della durata di degenza,
- disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici,
- una significativa mortalità in eccesso.

In Europa, le ICA provocano ogni anno:

- a. 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza;
- b. 37.000 decessi attribuibili;
- c. 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa;
- d. costi stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti.

Uno studio nazionale di prevalenza condotto nel 2018 utilizzando il protocollo dell'ECDC, ha rilevato una frequenza media di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale; nell'assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA.

	UOC DIREZIONE MEDICA - CC-ICA PIANO AZIENDALE SULL'IGIENE delle MANI (PAIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PAIM Rev.00 13/12/2022 Pag. 3 di 10
---	---	--

I microrganismi coinvolti possono essere virus, funghi o miceti, parassiti e, più frequentemente, batteri. Fino all'inizio degli anni '80, le ICA erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (per esempio, E. coli e Klebsiella pneumoniae). Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari in materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da batteri gram-positivi (soprattutto Enterococchi e Stafilococcus epidermidis) e quelle da miceti (soprattutto Candida), mentre sono diminuite quelle sostenute da batteri gram-negativi. Tuttavia, recentemente, alcuni batteri gram-negativi, come gli enterobatteri resistenti alle carbapenemasi (CRE) e l'Acinetobacter spp., responsabili di gravi infezioni, sono diventati molto frequenti in ambito assistenziale ospedaliero.

La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l'apparato respiratorio, le ferite chirurgiche, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere.

Dalla definizione si desume chiaramente che le ICA sono correlate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, e possono insorgere come conseguenza di criticità di tipo strutturale e tecnologico, di carenze nelle procedure assistenziali o di comportamenti non corretti da parte degli operatori. Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione (Infection Prevention and Control, IPC), si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%. Fra questi interventi la corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente.

Purtroppo il livello di adesione a questa pratica è, spesso, inaccettabilmente, basso. In letteratura è riportata un'adesione inferiore al 40% nelle strutture sanitarie in cui non sono stati implementati appositi programmi di sensibilizzazione. Questo valore scende sotto il 20% nelle strutture residenziali per anziani. La corretta igiene delle mani è una delle azioni fondamentali non solo delle cosiddette "precauzioni standard", ma anche nel caso in cui sia necessario adottare precauzioni ulteriori, come quelle da contatto o droplet. La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i bundle relativi al rischio infettivo (prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, di quelle legate a catetere venoso e vescicale, della polmonite associata al ventilatore).

La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce a prevenire o ridurre:

- a) la colonizzazione e infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti);
- b) la diffusione di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti) nell'ambiente sanitario;
- c) le infezioni causate da microrganismi endogeni;
- d) la colonizzazione e infezione degli operatori sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano

 	UOC DIREZIONE MEDICA - CC-ICA PIANO AZIENDALE SULL'IGIENE delle MANI (PAIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PAIM Rev.00 13/12/2022 Pag. 4 di 10
---	---	---

strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del "tutto o nulla" dei bundle (vedi Capitolo 5.0), debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione.

Anche nella gestione dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2, l'igiene delle mani, associata al distanziamento fisico e all'etichetta respiratoria, rappresenta un elemento di cruciale importanza per ridurre la trasmissione del virus in tutti gli ambiti, professionali e non. In ambito lavorativo, in particolare, i dispositivi medici e i dispositivi di protezione individuale sono efficaci per la protezione degli operatori solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che comprende controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici, tra i quali quelli relativi all'igiene delle mani.

3. SCOPO

L'obiettivo di questo documento è quello di definire requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consentono all'organizzazione di elaborare il piano di azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS.

Migliorare la compliance/aderenza degli operatori sanitari/tecnici alle raccomandazioni sull'igiene delle mani al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza e il fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

Inoltre:

- migliorare la corretta igiene delle mani;
- ridurre il numero di batteri residenti e transitori delle mani;
- prevenire il passaggio di microrganismi dall'ambiente ospedaliero al paziente e dal paziente al personale ospedaliero;
- aderire al Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani emesso il 19 febbraio 2021;
- aumentare il grado di adesione dei professionisti sanitari all'I.O., anche in considerazione del particolare assetto immunitario dei pazienti oncologici;
- ridurre i fenomeni di irritazione cutanea ai prodotti per l'igiene delle mani.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il piano si applica a tutti gli operatori sanitari/tecnici che prestano la loro opera a qualsiasi titolo all'interno dell'IFO ed all'interno di ogni Unità Operativa.

Il presente documento è rivolto a tutti gli operatori ed è finalizzato alla tutela degli assistiti, degli stessi operatori e in qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

Per gli scopi del documento, gli ambiti vanno intesi come di seguito specificato:

Ambito Strutturale/Tecnologico come ad esempio procedure specifiche, stanze di isolamento;

 	UOC DIREZIONE MEDICA - CC-ICA PIANO AZIENDALE SULL'IGIENE delle MANI (PAIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PAIM Rev.00 13/12/2022 Pag. 5 di 10
---	---	---

Ambito organizzativo: misure finalizzate a mantenere uno standard formativo costantemente elevato (ad esempio: formazione, retraining, autovalutazioni ecc.) e interventi finalizzati al monitoraggio della implementazione delle buone pratiche e degli indicatori di processo;

Ambito professionale: insieme di azioni ripetute e finalizzate alla implementazione delle buone prassi nella pratica clinico-assistenziale.

5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI

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.

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.

CRRC: Centro Regionale Rischio Clinico.

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.

 	UOC DIREZIONE MEDICA - CC-ICA PIANO AZIENDALE SULL'IGIENE delle MANI (PAIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PAIM Rev.00 13/12/2022 Pag. 6 di 10
---	---	--

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.

6. MODALITA' OPERATIVE

Il piano di intervento aziendale sull'igiene delle mani risalenti alle Linee d'Indirizzo emanate dal CRRC, 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. Per un efficace governo del rischio infettivo, le Linee d'Indirizzo del CRRC ribadiscono che, all'interno delle strutture, devono essere garantite le cinque sezioni, pertanto il presente documento riporta una analisi operativa e la definizione delle azioni messe in campo. Esse 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

SEZIONE A – ANALISI DEI REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Nel corso dell'anno 2019 è stata condotta indagine strutturale per la ricognizione della quantità di lavabo, a disposizione degli operatori sanitari, nei reparti e servizi adibiti all'assistenza diretta al paziente. Dall'analisi è emersa la scarsa quantità di lavabo presenti e a tal proposito si è predisposto un piano per la determinazione della quantità numerica di supporti a muro per i flaconi di soluzione idroalcolica da acquistare e collocare nei seguenti ambiti:

1. stanze di degenza;
2. ambulatori;
3. all'ingresso dei reparti;
4. desk medico-infermieristico.

	<p>UOC DIREZIONE MEDICA - CC-ICA PIANO AZIENDALE SULL'IGIENE delle MANI (PAIM)</p> <p>Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i></p>	<p>UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PAIM Rev.00 13/12/2022 Pag. 7 di 10</p>
---	--	--

Nel corso dell'anno 2020 è stata espletata la gara regionale per l'aggiudicazione di ditta per la fornitura dei supporti e dei flaconi di soluzione idroalcolica da 500 ml e nel mese di settembre i suddetti supporti sono stati installati nei 4 punti indicati sopra.

Durante le riunioni del CC-ICA e GO-CCICA nell'anno 2021 si è valutato come impostare e predisporre **Il piano di intervento aziendale sull'igiene delle mani.**

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

È stata effettuata, nel corso dell'anno 2022, la valutazione della conoscenza degli operatori sanitari sul tema della corretta igiene delle mani con il questionario pre impostato, estrapolato dal documento di indirizzo OMS, e diffuso a tutto il personale in modalità on line.

Inoltre è stato realizzato corso formativo con titolo "Igiene delle Mani come Prima Prevenzione" in modalità FAD.

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

Attualmente sono in corso i monitoraggi nei reparti di degenza e servizi con l'osservazione diretta degli operatori sanitari della modalità utilizzata per sanificare le mani, programmazione di incontri con il personale nelle varie UU.OO.

Redazione di report, da parte della UOC Farmacia, sul consumo della soluzione idroalcolica.

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

Disponibilità di materiale informativo (locandine, brochure) a disposizione del personale sanitario e dei pazienti/visitatori e aggiornamento degli stessi ove necessario.

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Team per la promozione ed implementazione della corretta pratiche dell'igiene delle mani con il coinvolgimento delle direzioni e dei dipartimenti.

7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DOCUMENTO

Indicatore:

Report ICA/gg di degenza

Report consumo soluzione idroalcolica/gg di degenza

8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO

Il referente della Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico trasmetterà la procedura ai Direttori di Dipartimento, DITRAR, Unità Operative ed ai Coordinatori Infermieristici di reparto e servizi a cui spetterà la diffusione ai propri collaboratori in una riunione interna con presa visione mediante firma autografata su

 	UOC DIREZIONE MEDICA - CC-ICA PIANO AZIENDALE SULL'IGIENE delle MANI (PAIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PAIM Rev.00 13/12/2022 Pag. 8 di 10
---	---	---

apposita modulistica di presa visione di procedura aziendale. La sua conservazione, ad opera del Coordinatore Infermieristico, va effettuata presso le diverse Unità Operative in luogo accessibile a tutti gli operatori e consultabile nella sezione intranet aziendale. Il presente piano, che costituisce documentazione del Sistema della Qualità Aziendale, sarà pubblicata sulla intranet aziendale nella sezione Risk Management.

9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO

L'aggiornamento del documento avverrà con periodicità stabilita (tre anni) e sarà aggiornato anche in base a nuove prove di efficacia emerse in letteratura, e/o ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti legislativi.

L'aggiornamento è a cura del Direttore della Struttura che ha approvato il documento.

10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA

1. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.
2. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
3. Template Action Plan, WHO, 2009
4. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
5. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
6. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012
7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Advanced/Leadership Results, WHO, 2012
8. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34
9. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC". Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
10. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.

 	<p>UOC DIREZIONE MEDICA - CC-ICA PIANO AZIENDALE SULL'IGIENE delle MANI (PAIM)</p> <p>Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i></p>	<p>UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PAIM Rev.00 13/12/2022 Pag. 9 di 10</p>
---	--	---

15. Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.

16. <http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica> (data ultima consultazione: 2 dicembre 2020).

17. 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.

18. 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 March.

19. 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>

11.ALLEGATO 1 - SCHEDA DI OSSERVAZIONE



PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI
SCHEDA DI OSSERVAZIONE

Ospedale/Struttura	Periodo n.	Sessione n.
Dipartimento	Data (GG/MM/AAAA)	Osservatore (Iniziali)
Reparto	Inizio/Fine (HH:MM)	Scheda n.
Servizio	Durata Sessione (minuti)	Città

Prof.cat	Codice	Num.	Opp.	Indicazione	Azione
			1	<input type="checkbox"/> pr-cont <input type="checkbox"/> pr-aseps <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont <input type="checkbox"/> dp-circ	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/> guanti
			2	<input type="checkbox"/> pr-cont <input type="checkbox"/> pr-aseps <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont <input type="checkbox"/> dp-circ	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/> guanti
			3	<input type="checkbox"/> pr-cont <input type="checkbox"/> pr-aseps <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont <input type="checkbox"/> dp-circ	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/> guanti
			4	<input type="checkbox"/> pr-cont <input type="checkbox"/> pr-aseps <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont <input type="checkbox"/> dp-circ	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/> guanti
			5	<input type="checkbox"/> pr-cont <input type="checkbox"/> pr-aseps <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont <input type="checkbox"/> dp-circ	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/> guanti
			6	<input type="checkbox"/> pr-cont <input type="checkbox"/> pr-aseps <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont <input type="checkbox"/> dp-circ	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/> guanti
			7	<input type="checkbox"/> pr-cont <input type="checkbox"/> pr-aseps <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont <input type="checkbox"/> dp-circ	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/> guanti
			8	<input type="checkbox"/> pr-cont <input type="checkbox"/> pr-aseps <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont <input type="checkbox"/> dp-circ	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="checkbox"/> nulla <input type="checkbox"/> guanti