

DELIBERAZIONE N. 182 DEL 05/03/2024	
OGGETTO: PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024.	
Esercizi/o e conto . Centri/o di costo . - Importo presente Atto: € . - Importo esercizio corrente: € . Budget - Assegnato: € - - Utilizzato: € - - Residuo: € - Autorizzazione n°: - Servizio Risorse Economiche: Francesca Romana Benedetto	STRUTTURA PROPONENTE UOSD Risk Management Il Dirigente Responsabile Costanza Cavuto Responsabile del Procedimento Costanza Cavuto L'Estensore Valentina Olivieri Proposta n° DL-182-2024
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO Positivo Data 05/03/2024 IL DIRETTORE SANITARIO Ermete Gallo	PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Positivo Data 04/03/2024 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Laura Figorilli
Parere del Direttore Scientifico IRE Gennaro Ciliberto data 29/02/2024 Positivo Parere del Direttore Scientifico ISG ad interim Gennaro Ciliberto data 29/02/2024 Positivo	
La presente deliberazione si compone di n° 7 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale: allegato - pag. 46	

Il Dirigente della UOSD Risk Management

- Visto il decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e il decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200 “Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico”;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- Visto l’Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19 febbraio 2019 e approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2 luglio 2019, modificato e integrato con deliberazioni n. 1254 del 02 dicembre 2020, n. 46 del 2 gennaio 2021 e n. 380 del 25 marzo 2021, approvate dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, con Determinazione n. G03488 del 30 marzo 2021;
- Vista la deliberazione IFO n. 1 del 2 gennaio 2024 di insediamento del Direttore Generale f.f. Dott.ssa Laura Figorilli;
- Viste le deliberazioni n. 212 del 16 marzo 2022 e n. 154 del 28 febbraio 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.M. del Ministero della Salute del 8 maggio 2020 di conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell’IRCCS di diritto pubblico a Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) relativamente alla disciplina di “oncologia” per l’Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e alla disciplina di “dermatologia” per l’Istituto San Gallicano (ISG);
- 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 – 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)";
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".
Considerata	la Determinazione Regionale G15198 del 6/11/2022 "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita"
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. U.0091714 del 22/01/2024

avente per oggetto “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (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, socio sanitarie e socio-residenziali e successive modificazioni ed aggiornamenti; |
| Considerata | la Legge n. 24 del 8/03/2017 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”; |
| 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); |
| Considerata | la Determinazione Regione Lazio n. G16501 del 28/11/2022 “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA); |
| 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.
- Vista** la nota della Regione Lazio n. 0091714 del 22 gennaio 2024, in atti IFO prot. n. 1077 del 23/01/2024, recante, tra l’altro, indicazioni sull’implementazione delle misure richieste dal Piano regionale di intervento regionale sull’igiene delle mani (adottato con determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021);
- Ritenuto** opportuno adottare nel testo allegato al presente provvedimento, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, il “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS)” degli IFO, integrato ai sensi delle sopra richiamate norme;
- 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, nel testo che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale, il “PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024 degli IFO che integra anche il Piano Aziendale sull’igiene delle mani (PAIM).

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 f.f.

- Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- Visto l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19 febbraio 2019 ed approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2 luglio 2019, modificato e integrato con deliberazioni n. 1254 del 02 dicembre 2020, n. 46 del 21 gennaio 2021 e n. 380 del 25 marzo 2021, approvate dalla Direzione Salute e Integrazione Socio-sanitaria della Regione Lazio, con Determinazione n. G03488 del 30 marzo 2021;
- Visto l'art. 3 comma 6 del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 8 comma 7 della L.R. del Lazio n. 18/94.
- Vista la deliberazione IFO n. 1 del 2 gennaio 2024 di insediamento del Direttore Generale f.f. Dott.ssa Laura Figorilli;
- 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;

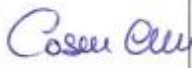
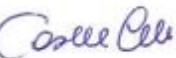
Delibera

di approvare la proposta così formulata concernente “*PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024.*” e di renderla disposta.

Il Direttore Generale f.f.

Dr.ssa Laura Figorilli

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. A. Cataldo		Direttore UOC Direzione Medica IRE-ISG Dr.ssa C. Cavuto		Direttore Sanitario Dr. E. Gallo	
Dirigente Medico di Direzione Medica Dr.ssa O. Di Bella		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	18
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2024.....	19
8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	22
9. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	26
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	27
11. ALLEGATO 1: PAIM (Piano Aziendale Igiene delle Mani)	28

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 da un infettivologo, un medico di Direzione Medica, un coordinatore attività trasversali: prevenzioni e monitoraggio ICA, un farmacista, un medico rianimatore, un medico ematologo esperto nelle ICA, due microbiologi e 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 AntiMicrobial Stewardship (PAMS) ha avuto risultati incoraggianti 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. Nel corso del 2023 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 2023, 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 2023 si è provveduto a garantire il fabbisogno di gel idroalcolico al fine di garantire la corretta igiene delle mani ed è stata monitorata l’adesione al Piano Aziendale sull’Igiene delle Mani (PAIM).

Sulla base di quanto indicato nella nota della regione Lazio U. 0091714 del 22/01/2024, gli IFO hanno aggiornato il Piano Aziendale per Igiene delle Mani (PAIM) con le attività di osservazioni e di aggiornamento dei questionari di autovalutazione elaborati nel 2022, definendo le azioni ritenute necessarie per mantenere/migliorare il livello ottenuto nelle cinque sezioni (A-E) previste dalle linee di indirizzo del CRRC (Allegato 1).

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	6917	Ricoveri diurni	3427
Branche specialistiche	26	Prestazioni ambulatoriali erogate	611.779

Fonte dati – Direzione Sanitaria Aziendale – periodo di riferimento anno 2023

(*) 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 2023.

Tabella 1 Eventi segnalati in piattaforma SIMES nel 2023 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017) e piattaforma SIRES.

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	2	0%	Strutturali (15%) Tecnologici (2%) Organizzativi (71%) Procedure/ Comunicazione (12%)	Strutturali (5%) Tecnologiche (2%) Organizzative (78%) Procedure/ Comunicazione (15%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	74	79%			
Eventi Sentinella	1	1%			

Fonte dati Servizio di reporting UOSD QuARC - Anno 2023

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
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
2023	25	11	€434.734,13
Totale	136	68	€3.880.469,16

Fonte dati U.O.C. Affari Generali – periodo di riferimento anno 2023

*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
2019	09.08.2019- 08.08.2020 Polizza RCT/RCO	Berkshire Hathaway	ANNUO € 2.990.000,00	€ 50.000 Importo Max di franchigia agg.ta € 500.000	NO
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
2023	01.01.2023- 31-12-2023	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 2023

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
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.	SI	a) Nel corso dell'anno 2023, sono stati organizzati dalla UOSD QuARC, N. 2 Corsi Formativi sulle fasi del rischio e della qualità nel processo di prevenzione degli eventi avversi, in collaborazione con la UOC Direzione Medica, la UOC DITRAR e la UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano, sulle fasi del rischio e della qualità nel processo di prevenzione degli eventi avversi. I corsi si sono svolti nelle date 12/06/2023 e 19/10/2023, obbligatori per gli Operatori Sanitari (Infermieri, Medici), in modalità presenza in aula e con attività teorica e pratica di simulazione per alcuni fattori di rischio ricorrenti.
	SI	b) Nel corso del 2023 in collaborazione con la UOC Direzione Medica, la UOC DITRAR e la UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano, sono stati organizzati: N. 5 Hospital Meeting sulla diffusione dei contenuti della "Procedura per la corretta identificazione della persona assistita durante i processi clinico-assistenziali" PP-21 Rev.00 del 18/04/2023; N. 10 Hospital Meeting sulla diffusione dei contenuti della Procedura IFO Aggiornata in riferimento alla Raccomandazione n. 13, "Prevenzione e gestione della caduta della persona assistita nelle strutture sanitarie" PP-15 Rev. 01 del 06/12/2023. - Sono state svolte attività di formazione anche attraverso incontri presso i Reparti, con focus su argomenti critici durante i sopralluoghi in relazione agli eventi segnalati.
ATTIVITÀ 2 Somministrazione di questionario su qualità percepita ad utenza dell'IFO	SI	Nel corso del 2023 è stata effettuata un'indagine a campione presso Strutture Operative e Servizi Ambulatoriali sulla qualità percepita, con la divulgazione e somministrazione del questionario di gradimento tramite Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) con relativa elaborazione dei dati da parte dell'UOSD QuARC, in un report annuale che sarà oggetto di valutazione da parte della Direzione Strategica.

Obiettivo B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 a) Approvazione, implementazione, diffusione e monitoraggio della Procedura "Prevenzione e gestione della caduta della persona assistita"	SI	a) Procedura "Prevenzione e gestione della caduta della persona assistita" PP-15 Rev. 01 del 06/12/2023 in attinenza alla Determina Regionale del 6/11/2022, n. G15198 "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita", in collaborazione con la UOC Direzione Medica, la UOC DITRAR e il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP). La verifica di adesione è stata espletata durante i sopralluoghi presso le Unità Operative. Il Documento è stato pubblicato nell' <i>Intranet Aziendale</i> e i contenuti della Procedura, insieme a Operatori Sanitari DITRAR, sono stati diffusi anche con n. 10 Hospital Meeting presso le Unità Operative, nell'ottica di miglioramento della qualità erogata e sicurezza delle cure in relazione alle seguenti <i>Dimensioni</i> con il fine di presidiare sincreticamente gli elementi di alta criticità: - Strutturale/Tecnologico: requisiti del sistema per il raggiungimento dello standard di qualità prefissato; - Organizzativa: informazione/formazione, retraining a tutti gli Operatori Sanitari compreso il <i>personale outsourcing</i>; - Professionali: l'applicazione delle buone pratiche nella pratica clinico-assistenziale in attinenza alle competenze maturate. Al fine di diffondere le misure di contenimento del rischio caduta della persona assistita sono state effettuate ulteriori azioni di prevenzione: - nella <i>Home</i> del Sito Istituzionale IFO, nello spazio dedicato alla UOSD QuARC, è stata pubblicata la "Brochure strumenti di supporto per la persona assistita e per i caregiver (Regione Lazio)"; - è stato aggiornato in collaborazione Direzione Medica, DITRAR, QuARC, il documento "Opuscolo informativo prevenzione delle cadute in Ospedale: Raccomandazioni per le persone assistite". b) Nel corso del 2023 è stata elaborata, approvata e diffusa la Procedura "Corretta identificazione della persona assistita durante i processi clinico-assistenziali" PP-21 Rev.00 del 18/04/2023. Il Documento è stato pubblicato nell'intranet
b) Approvazione, implementazione, diffusione e monitoraggio della Procedura "Corretta		

identificazione della persona assistita durante i processi clinico-assistenziali"		aziendale. I Contenuti della Procedura, insieme a Operatori Sanitari DITRAR sono stati diffusi anche con N. 5 Hospital Meeting, presso Reparti/Servizi della Struttura a partire dalle Unità Operative con maggiore criticità nel recepimento e attuazione del metodo. Durante la formazione in campo, è stato sottolineato l'aspetto del governo del rischio dell'evento avverso, in riferimento alla corretta applicazione della metodologia di identificazione della persona assistita in tutti i processi clinico-assistenziali.
Obiettivo C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1		AUDIT PROATTIVI
Svolgimento di audit su eventi, processi od esiti.	SI	Nel corso del 2023 sono stati svolti N. 41 audit proattivi di prima parte presso le singole Unità Operative. L'approccio metodologico seguito per gli audit proattivi è stato il seguente: pianificazione pre audit: • 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: • 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. 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. AUDIT REATTIVI • Nel corso del 2023 sono stati svolti N. 8 audit di cui: - n. 2 per <i>near misses</i> per criticità nella corretta applicazione della metodologia di identificazione della persona assistita. Tra le azioni di miglioramento sono stati eseguiti <i>Hospital Meeting</i>, per la diffusione pratica dei contenuti della Procedura IFO "Corretta identificazione della persona assistita durante i processi clinico-assistenziali" PP-21 Rev.00 del 18/04/2023;

- n. 1 per evento avverso con danno per criticità comunicativa. Tra le azioni di miglioramento: pianificazione di *Training Course* per il miglioramento della comunicazione tra i Servizi della Struttura;
- n. 2 per eventi avversi senza danno per criticità comunicativa/organizzativa;
- n. 2 per eventi caduta. Tra le azioni di miglioramento sono stati svolti *Hospital Meeting* presso le Unità Operative in cui si è verificato l'evento, con lo scopo di ulteriore diffusione dei contenuti della Procedura IFO e di suggerimenti per la pianificazione di strategie assistenziali personalizzate al paziente al variare dello stato di salute durante la degenza e in relazione alla fragilità e co-morbilità, con attenzione ai fattori di rischio ricorrenti quali: tipologia di paziente, tipologia di calzature, ambiente di accadimento (servizi igienici), incidenza dell'evento caduta in relazione alla fascia oraria, alla mobilitazione autonoma in paziente fragile e altro.

L'approccio metodologico seguito per gli audit è stato il seguente:

pianificazione pre audit:

- 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:

- 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.

reaudit di valutazione.

- Inoltre, nel corso del 2023 sono stati eseguiti N. 62 sopralluoghi presso le Unità Operative/Servizi, per evento caduta segnalato al fine di valutare le criticità nell'immediato e gli alert ricorrenti, con lo scopo di coinvolgere i Coordinatori Infermieristici nella diffusione agli Operatori Sanitari di strategie di contenimento dell'evento, soprattutto per gli eventi caduta evitabili in considerazione dei fattori contenuti nelle tre *Dimensioni*: Strutturale/Tecnologica, Organizzativa, Professionale.

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.	SI	a) È stata deliberata con Deliberazione N. 350 del 11/04/2023 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. Sono state inserite sia nella intranet aziendale che sul sito istituzionale le informative di prestazioni sia ambulatoriali che di ricovero. La consultazione di tali informative è disponibile in modalità free per l'utenza sul sito www.ifo.it. b) Verifica presso tre ambulatori di tre U.O. mediante sperimentazione su cartaceo del Consenso Generale alle Cure e utilizzo di tablet per la firma dematerializzata di operatori e utenti utilizzando il programma CONFIRMO. Inoltre, 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). Appropriately setting assistenziali", presso n. 15 Unità Operative.
---	-----------	--

OBIETTIVI RISCHIO INFETTIVO – RELAZIONE anno 2023

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Organizzazione di attività di Informazione/Formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA.	SI	Svolgimento di n. 03 <i>Hospital Meeting</i> per il personale sanitario IFO sui temi: 1. Monitoraggio e prevenzione delle ICA. 2. Uso appropriato degli antimicrobici e applicazione delle procedure aziendali antibiotico terapia e antibiotico profilassi perioperatoria. Svolgimento di n. 10 <i>Re-Training on the job</i> sui temi: • corretta gestione degli accessi venosi per il contenimento della trasmissione delle ICA,

		• corretta esecuzione dell'igiene delle mani • valutazione dell'uso delle schede di valutazione paziente da parte degli Infermieri delle UU.OO. di ricovero. Strutturato e realizzato <i>Corso FAD ECM: "OTTIMIZZARE I TRATTAMENTI ANTI – SARS CoV-2 NEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI"</i>
--	--	--

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	Realizzata	Stato di attuazione
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)	SI	Per l'anno 2023 è stato eseguito il monitoraggio e la verifica dell'adesione degli operatori sanitari alle procedure aziendali sul tema igiene mani e uso corretto degli specifici Dispositivi Protezione Individuali (DPI) nelle UU.OO. per il contenimento delle ICA. L'attività di monitoraggio e verifica è stata effettuata in n. 16 UU.OO. utilizzando come modello di valutazione una scheda di rilevazione strutturata ed introdotta nell'anno 2018. Tale strumento ha permesso di eseguire le indagini epidemiologiche a seguito di segnalazioni di microrganismi "alert". Successivamente è stato implementato l'uso della scheda prevista nel Piano Aziendale Igiene Mani adottata sull'indicazione regionale inserita nella nota del 19/02/2021. Sono state effettuate n. 183 osservazioni sul personale sanitario operante nei reparti di degenza prediligendo l'osservazione di coloro che assisteva i pazienti identificati come Infetti/colonizzati da microrganismi ALERT prima e dopo il contatto con il paziente e l'ambiente ad esso circostante. Dall'analisi di tali risultati emerge un'adesione pari al 87,97% della corretta igiene delle mani. Revisione dell'Istruzione Operativa DSA 05 "Corretta igiene delle mani e uso dei guanti"

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	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1		
A. Mantenimento del modello di sorveglianza attiva (es. tampone rettale) delle colonizzazioni/infezioni da CRE, MRSA e MDR.	SI	A. 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: Elaborazione di Report per l'anno 2023 sul numero di tamponi positivi totali per CRE/numero di tamponi totali eseguiti per reparto con confronto anno precedente. Durante l'anno 2023 sono stati effettuati n. 1224 tamponi rettali su n. 6997 pazienti ricoverati con il riscontro di n. 13 casi di pazienti infetti/colonizzati da CRE e n. 1 VRE. Nel 2022 sono stati effettuati n.850 su n. 6577 pazienti ricoverati con riscontro di 9 casi di pazienti infetti/colonizzati da CRE.
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.	SI	B. Valutazione dei dati ambientali e microbiologici per la legionellosi: 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 della UOC Patrimonio e Tecnico, del Servizio Prevenzione e Protezione e della UOC 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, con sistemi di autovalutazione interni, 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 sanitizzante

		presente nel sistema che può essere monitorata di continuo tramite sonde resistenti alle temperature.
ATTIVITÀ 2 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	SI	1) Report trimestrale sulla circolazione di alert (CRE MRSA e MDR) per reparto con confronto anno precedente: La U.O. di Microbiologia e Virologia ha prodotto trimestralmente un report, condiviso con tutte le UU.OO. e le Direzioni Operative. 2) 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.): Nel corso dell'anno 2023 sono pervenute dalla U.O. di Microbiologia e Virologia in totale N. 223 segnalazioni di positività da virus e germi alert: - N. 52 da Virus in pazienti ricoverati; - N. 171 germi ALERT in pazienti ambulatoriali e ricoverati; 3) Implementazione della valutazione Infettivologica per i pazienti a rischio infettivo con analisi dei tamponi di sorveglianza effettuati in pre-ricovero: Riscontro totale N. 86 germi ALERT su N. 2737 pazienti pre ospedalizzati. A seguito delle segnalazioni riportate, per i pazienti degenti sono state eseguite le indagini epidemiologiche, con la verifica di: - Attivazione delle Procedure Aziendali per il contenimento della diffusione delle infezioni; - Predisposizione di visual e dispositivi di protezione individuali.
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	SI	Nell'anno 2023 sono state notificate: N. 5 batteriemie da CRE (n.2 correlate a CVC e n.3 da vena periferica); • Altre notifiche: - N. 2 DNA M. tuberculosis; - N. 8 M. chimaera - N. 4 Clostridioides Difficile. - N. 1 Legionellosi urinaria (paziente proveniente da altra struttura sanitaria tramite 118) - N. 3 Salmonella

		Inoltre sono state valutate le attività assistenziali messe in atto durante la degenza anche dopo le segnalazioni
ATTIVITÀ 4 Attività Programma Aziendale di Antimicrobial Stewardship: Verifica delle procedure aziendali sull'antibiotico profilassi peri-operatoria e procedura antibioticotераpia, mediante ricognizione e monitoraggio uso farmaci per consumo espresso in DDD/100 gg di degenza per semestre.	SI	In collaborazione con U.O.C. Farmacia è stato redatto il report semestrale di consumo antimicrobici con la valutazione dei consumi in Dose Definita Die (DDD). Nel corso dell'anno 2023 si è provveduto al fabbisogno di gel idroalcolico in tutte le UU.OO. al fine di garantire l'igiene delle mani sia per gli operatori sanitari che per i pazienti ed i visitatori. Il consumo complessivo di gel idroalcolico per l'igiene delle mani è stato nel 2023 di 830,21 litri. Inoltre, è stato eseguito un Audit Reattivo sul tema della corretta prescrizione e convalida della terapia antimicrobica sulla SUT informatizzata in una U.O. di degenza chirurgica.
ATTIVITÀ 5 Implementazione delle attività di contenimento del rischio di trasmissione del virus SARS-CoV-2.	SI	• Controllo dell'efficacia di procedure già in atto. • Monitoraggio continuo della corretta applicazione delle indicazioni di accesso in IFO (Ospedale NO COVID). • Per l'accesso ai setting di ricovero sono state monitorate le procedure che prevedono l'esecuzione di un test antiCOVID-19 non oltre le 48 ore precedenti l'accesso. Inoltre l'esecuzione del test antiCOVID-19 è stato previsto anche in caso di trasferimento e in pre-dimissione superati 3 gg di degenza. • Gestione ed organizzazione della campagna di vaccinazione COVID 19. • Eseguito Audit Reattivo sul tema della corretta gestione dei pazienti infetti da SARS-Cov2 in due U.O. di degenza medica. • Strutturato e realizzato <i>Corso FAD ECM: "OTTIMIZZARE I TRATTAMENTI ANTI – SARS CoV-2 NEI PAZIENTI OSPEDALIZZATI"</i>
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.	SI	I campionamenti sono stati effettuati e sono stati valutati i risultati pervenuti congiuntamente da UOC Direzione Medica, Servizio di Prevenzione e Protezione e UOC Patrimonio e Tecnico.

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 2024

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

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

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 e della Struttura; 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 31/12/2024; b) Numero di Hospital Meeting entro il 31/12/2024.			
STANDARD a) ≥ 2; b) ≥ 5.			
FONTE UOSD QuARC, UOC DITRAR, UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano.			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	QuARC	DITRAR	Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano
Progettazione dei corsi e degli Hospital Meeting	R	C	C
Accreditamento dei corsi e degli Hospital Meeting	C	I	R
Esecuzione dei corsi e degli Hospital Meeting	R	C	C

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

ATTIVITÀ 2

Somministrazione, a campione, presso Strutture Operative e Servizi Ambulatoriali di un questionario su qualità percepita, con la divulgazione e somministrazione del questionario di gradimento tramite Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) con relativa elaborazione dei dati da parte dell'UOSD Quarc, in un report annuale che sarà oggetto di valutazione da parte della Direzione Strategica

INDICATORE

Numero di questionari compilati ricevuti

STANDARD ≥ 1

FONTE UOSD QuARC, URP, UOC Direzione Medica, UOC DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	QuARC	URP	Direzione Medica	DITRAR
Aggiornamento del questionario	C	R	I	I
Somministrazione all'utenza	I	R	I	I
Elaborazione dati	R	C	I	I
Individuazione di Misure correttive	C	I	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 seguito della implementazione e recepimento della Procedura IFO "Prevenzione e gestione della caduta della persona assistita" PP – 15 Rev. 01 del 06/12/2023, al fine di aggiornare gli altri Documenti relativi al rischio caduta della persona fragile presso gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, dovranno essere implementate le seguenti Procedure:

- Aggiornamento, approvazione, diffusione e monitoraggio della Procedura "Gestione del paziente con riscontro di trauma cranico minore dopo caduta accidentale" P.P. – R.M. 04/2017;
- Aggiornamento, approvazione, diffusione e monitoraggio della Procedura "Indicazioni per la contenzione fisica temporanea dei pazienti" PP. - R.M. 03/2017.

INDICATORE

- Aggiornamento procedure aziendali;
- Diffusione delle due procedure.

STANDARD ≥ 2 procedure

FONTE 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.

ATTIVITÀ 2

Valutazione dell'appropriatezza dei progetti terapeutici con relativa proporzionalità dei livelli di intensità di cura per i pazienti ricoverati in rianimazione

INDICATORE

Elaborazione di una scheda di valutazione e applicazione per un periodo di sei mesi

STANDARD

Utilizzo della scheda per almeno 50% dei pazienti

FONTE UOC Anestesia e Rianimazione, UOC Direzione Medica, UOC DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOC Anestesia e Rianimazione	Direzione Medica	DITRAR
Elaborazione della scheda di valutazione	C	C	R
Elaborazione dati	R	I	C
Verifica	C	R	C

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 QuARC, Direzione Medica, DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD QuARC	DIREZIONE MEDICA	DITRAR
Preparazione	R	I	C
Svolgimento	R	C	I
Piano di miglioramento	R	C	C

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

ATTIVITÀ 2

Implementazione e diffusione del documento "Carta della Qualità e Sicurezza delle Cure" in riferimento alla sicurezza delle cure della Persona Assistita, dell'Operatore e della Struttura, nell'ottica del miglioramento delle cure erogate, umanizzazione, informazione sui fattori di rischio ricorrenti

INDICATORE

Implementazione e diffusione "Carta della Qualità e Sicurezza delle Cure" a tutto il Personale IFO.

STANDARD ≥ 1 Aggiornamento Documento "Carta della Qualità e Sicurezza delle Cure" e diffusione.

FONTE Direzione Medica, QuARC, DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD QuARC	Direzione Medica	UOC DITRAR
Aggiornamento	R	C	C
Diffusione	R	I	I
Verifica	R	I	I

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

8. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Gli 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 il Piano di Azione locale che intende mantenere almeno il livello intermedio in tutti gli ambiti del questionario di cui al Piano di Intervento Regionale;
- 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 CRE.
(Per l'anno 2024 viene raccomandato di predisporre attività riguardanti:
 - Monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;
 - Gestione della sepsi;
 - Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici.)

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 mirata al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA e sull'uso corretto degli antimicrobici.
- B. Hospital Meeting sul tema della corretta esecuzione dell'igiene delle mani e uso appropriato dei guanti per la prevenzione delle ICA.

INDICATORE

- A. Svolgimento di un corso ECM per il personale sanitario IFO sui temi "Monitoraggio e prevenzione delle ICA" e "Uso appropriato degli antimicrobici"
- B. n. 02 Hospital Meeting: corretta esecuzione dell'igiene delle mani e uso appropriato dei guanti

STANDARD

≥ 1 evento formativo sul monitoraggio e prevenzione delle ICA e sull'uso corretto degli antimicrobici.
≥ 2 Hospital Meeting nelle UU.OO.

FONTE

CC-ICA, 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 IL PIANO DI AZIONE LOCALE CHE INTENDE MANTENERE ALMENO IL LIVELLO INTERMEDIO IN TUTTI GLI AMBITI DEL QUESTIONARIO DI CUI AL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE.

ATTIVITÀ 1

Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica disaggregato per aree assistenziali.

INDICATORE

Monitoraggio in ogni UU.OO.

STANDARD

≥20 litri per 1000 giornate di degenza

FONTE

FARMACIA, DIREZIONE MEDICA, DITRAR, GO-CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	FARMACIA	DIREZIONE MEDICA	DITRAR	GO-CCICA
Distribuzione gel idroalcolico	R	I	I	I
Monitoraggio	I	C	C	R
Verifica	I	C	C	R

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

ATTIVITÀ 2

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 esecuzione dell'igiene delle mani di tutti gli operatori ivi operanti

INDICATORE

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

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.
- C. 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.
- D. 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

- 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.
- 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.).
- 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-CICCA, REPARTI E SERVIZI

MATRICE DELLE RESPONSABILTA'

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

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

ATTIVITÀ 2

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, FARMACIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	GO-CICCA	FARMACIA
Incontri periodici con reparti	C	R	C
report	C	R	R

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

ATTIVITÀ 3

Monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica

INDICATORI

Indagine di Prevalenza sulle infezioni della ferita chirurgica;

Esecuzione di tamponi della ferita chirurgica in pre- dimissione in n. 03 UU.OO.

STANDARD

≥ 1 Indagine di Prevalenza

≥ 5 tamponi per 3 UU.OO.

FONTE

CC-ICA, DIREZIONE MEDICA, REPARTI E SERVIZI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE MEDICA	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
Svolgimento Indagine di Prevalenza	R	I	C
Analisi tamponi della ferita chirurgica	C	I	R

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

ATTIVITÀ 4

Gestione della sepsi

INDICATORI

Revisione, diffusione e applicazione del PDTA

STANDARD

1 PDTA

FONTE

CC-ICA, DIREZIONE MEDICA, DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE MEDICA	DITRAR	UU.OO.
Revisione	R	C	C	I
Diffusione	R	C	C	I

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

ATTIVITÀ 5

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, CC-ICA, 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 U.0091714 del 22/01/2024 avente per oggetto “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS);
2. Sartelli M., Scaglione F., Petrosillo N., Silvestri A., “Le infezioni del sito chirurgico “. EDRA 2023;
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. Determinazione Regionale G15198 del 06/11/2022 “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita”;
5. Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
6. Regione Lazio DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356 Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";
7. 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";
8. 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”;
9. Regione Lazio DCA n. U00563 del 24/11/2015, Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA);
10. 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;
11. Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobica-resistenza (PNCAR) 2017-2020”, approvato il 2 novembre u.s. con Intesa in Conferenza Stato-Regioni;
12. 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
13. Regione Lazio. Rischio Clinico. http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&id=311
14. AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente <http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente>

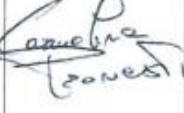
Rischio infettivo:

15. 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;
16. 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;
17. 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”;
18. Determina Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;

19. 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);
20. Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR 2017-2010);
21. 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”;
22. Circolare 035086-03/12/2019-DGPRES-MDS-P Rapid Risk Assessment dell’ECDC: Enterobatteri Resistenti ai carbapenemi (CRE) – 26 settembre 2019.
23. 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);
24. Nota Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Rete Ospedaliera e Specialistica prot. N. 63667 del 23/01/2020;
25. Decreto del Commissario ad Acta del 24/11/2015 n. U00563, - Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA);
26. 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;
27. 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;
28. Centro Regionale Rischio Clinico - Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani – 19/02/2021.

11.ALLEGATO 1 - PAIM (Piano Aziendale Igiene delle Mani)

	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.01 19/02/2024 Pag. 1 di 18
---	--	---

PROPOSTO		VERIFICATO		APPROVATO	
FUNZIONE	FIRMA	FUNZIONE	FIRMA	FUNZIONE	FIRMA
Dirigente Medico di Direzione Medica Dr. A. Cataldo		Direttore UOC Direzione Medica IRE-ISG Dr.ssa C. Cavuto		Direttore Sanitario Dr. E. Gallo	
Dirigente Medico di Direzione Medica Dr.ssa O. Di Bella		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	29
2. PREMESSA.....	30
3. SCOPO.....	32
4. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	32
5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI	33
6. RISULTATO DELLE ATTIVITÀ DI OSSERVAZIONE, DEI QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE E RELATIVE AZIONI PROGRAMMATE	34
6.1 – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	35
6.2 – FORMAZIONE DEL PERSONALE	37
6.3 – MONITORAGGIO E FEEDBACK	39
6.4 – COMUNICAZIONE PERMANENTE	41
6.5 – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	43
7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DOCUMENTO.....	45
8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO.....	45
9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO	45
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA	45

1. STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
13/12/2022	00	Prima emissione
19/02/2024	01	Aggiornamento sulla base del monitoraggio programmato

 	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.01 19/02/2024 Pag. 30 di 46
---	--	---

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 complicità 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:

- 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;
- l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunodepressione) o la presenza di altre gravi patologie concomitanti;
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale;
- 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:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza;
- 37.000 decessi attribuibili;
- 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa;
- 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.01 19/02/2024 Pag. 31 di 46
---	---	---

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.01 19/02/2024 Pag. 32 di 46
---	--	--

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.

Il presente elaborato rappresenta l'aggiornamento del Piano Aziendale sull'Igiene delle Mani redatto nel 2022. Vengono riportati gli esiti dei questionari di autovalutazione in tutte le cinque sezioni previste dal documento regionale e le azioni programmate per il mantenimento o il miglioramento del livello ottenuto.

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.

	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.01 19/02/2024 Pag. 33 di 46
---	--	--

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

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

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

	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.01 19/02/2024 Pag. 34 di 46
---	---	---

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

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

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

6. RISULTATO DELLE ATTIVITÀ DI OSSERVAZIONE, DEI QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE E RELATIVE AZIONI PROGRAMMATE

Nell'arco dell'anno 2023 sono state effettuate n. 183 osservazioni condotte nei reparti di degenza sulla corretta igiene delle mani sugli operatori sanitari.

L'indagine è stata effettuata durante le attività assistenziali su pazienti infetti/colonizzati da microrganismi ALERT.

Dall'analisi dei dati emerge l'adesione dell'87,97% degli operatori sanitari come riportato in Tabella 1.

Tabella 1 Analisi delle osservazioni.

OSPEDALE					DATA					
		IFO		PERIODO	DAL 28/01/23 AL 28/12/23					
DIPARTIMENTO		MEDICO/CHIRURGICO					OSSERVATORE:			
REPARTO		TUTTE LE UU.OO. DI RICOVERO			INIZIO/FINE (DURATA)		PC			
SERVIZIO		NO			MINUTI 420					
	CATEGORIE PROFESSIONALI						SCHEDA N.	1		
SESSIONE N.		cat.		cat.		cat.		cat.		
	Prof	infermiere 1	Prof	oss 2	Prof	oncologo/ematologo 3	Prof	terapeuta 4,1		
						chirurgo 3.2		tecnico 4,2		
						rianimatore 3.3		altro 4,3		
		studente 1.3				consulente 3,6		studente 4,4		
						specialista/studente 3				
	OPPORTUNITA	AZIONE/CAT.	OPPORTUNITA	AZIONE/CAT.	OPPORTUNITA	AZIONE/CAT.	OPPORTUNITA	AZIONE/CAT.	Totale delle sezioni	

TOTALE PER CATEGORIA	84	74	37	31	61	55	1	1	183	161
ADESIONE (%) TOT AZIONI/OPPORTUNITA	88,09%		83,47%		90,16%		100%		87,97%	

	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.01 19/02/2024 Pag. 35 di 46
---	---	---

Di seguito vengono riportati gli esiti dei questionari di autovalutazione in tutte le cinque sezioni previste dal documento regionale e le azioni programmate per il mantenimento o il miglioramento del livello ottenuto.

6.1 – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE PER LE STRUTTURE

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	50
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	0
	Sì	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	Sì	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	15

L'autovalutazione della SEZIONE A relativa ai requisiti strutturali e tecnologici effettuata nel corso del 2022 aveva ottenuto un punteggio di 95 che rientrava nel **LIVELLO AVANZATO** (76-100), a significare che la promozione e l'adesione all'igiene delle mani per questa sezione erano ottimali. Il livello è stato mantenuto anche nell'aggiornamento, grazie alle azioni di monitoraggio riportate nella tabella A1, intraprese con il supporto concreto della Direzione Strategica.

	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.01 19/02/2024 Pag. 36 di 46
---	--	---

TABELLA A1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONE	R	T	M
Esaminare le informazioni disponibili sulla <i>compliance</i> all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.			X
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: - Indagine sui singoli Reparti/Servizi; - Indagine sul consumo di soluzione alcolica.			X
Definire con la Direzione Strategica gli eventuale adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.			X
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.			X

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

	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.01 19/02/2024 Pag. 37 di 46
---	--	--

6.2 – FORMAZIONE DEL PERSONALE

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
B.1 Formazione degli operatori sanitari		
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Mai	0
	Una tantum	5
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	20
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	0
	Sì	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	Sì	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	0
	Sì	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	Sì	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	Sì	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	10
		TOT. 85

L'autovalutazione della Sezione B relativa alla formazione del personale, effettuata nel corso del 2022, aveva ottenuto un punteggio di 85 che rientrava nel **LIVELLO AVANZATO** (76-100), a significare che la promozione e l'adesione all'igiene delle mani per questa sezione erano ottimali. Il livello è stato mantenuto anche nell'aggiornamento, grazie alle azioni di monitoraggio riportate nella tabella B1. Inoltre, si sta implementando un team di osservatori, prevedendo per questi una formazione specifica.

TABELLA B1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
FORMAZIONE DEL PERSONALE			
AZIONE	R	T	M
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.			X
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.		X	
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).		X	
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	X		
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.		X	
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.		X	
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.			X
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.			X
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).	X		
Definire un sistema per aggiornare la formazione e i verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).			X
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	X		
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione a la sostituzione di quello obsoleto.			X

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

	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.01 19/02/2024 Pag. 39 di 46
---	--	--

6.3 – MONITORAGGIO E FEEDBACK

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SÌ	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SÌ	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SÌ	5
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SÌ	7.5
C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	SÌ	7.5

TOT. 55

 	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.01 19/02/2024 Pag. 40 di 46
---	--	--

L'autovalutazione della SEZIONE C relativa a valutazione, monitoraggio e feedback, effettuata nel corso del 2022, aveva ottenuto un punteggio di 55 che rientrava nel **LIVELLO INTERMEDIO** (51-75). Il livello è stato mantenuto anche nell'aggiornamento, grazie alle azioni di monitoraggio già intraprese riportate nella tabella C1. Inoltre, è in corso di definizione un team di osservatori per migliorare l'attività di monitoraggio e feedback.

TABELLA C1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
MONITORAGGIO E FEEDBACK			
AZIONE	R	T	M
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della <i>compliance</i> sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto; indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone/asciugamani; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.			X
Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura			X
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).			X
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.			X
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).	X		
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).		X	
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.			X
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato (ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi).	X		
Presentare i risultati delle osservazioni ogni trimestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.			X
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.			X
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.			X
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.			X
Considerare la possibilità di pubblicare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura in una rivista con revisione tra pari, in una rivista specializzata o in una newsletter interna	X		
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA presso la struttura in occasione di conferenze locali, nazionali o internazionali.			X

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

	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.01 19/02/2024 Pag. 41 di 46
---	--	---

6.4 – COMUNICAZIONE PERMANENTE

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7.5
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	NO	0
	Sì	10
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	NO	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	Sì	0
	NO	15

TOT. 60

L'autovalutazione della Sezione D relativa alla comunicazione permanente, effettuata nel corso del 2022, aveva ottenuto un punteggio di 60 che rientrava nel **LIVELLO INTERMEDIO** (51-75). Il livello è stato mantenuto anche nell'aggiornamento, grazie alle azioni di monitoraggio già intraprese riportate nella tabella D1. Inoltre, è in corso di pianificazione l'aggiornamento dei materiali da implementare per migliorare la comunicazione.

	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.01 19/02/2024 Pag. 42 di 46
---	--	--

TABELLA D1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
COMUNICAZIONE PERMANENTE			
AZIONE	R	T	M
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.		X	
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	X		
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.			X
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).			X
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.		X	
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	X		

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

 	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.01 19/02/2024 Pag. 43 di 46
---	--	--

6.5 – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SÌ	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	5
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	SÌ	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	5

TOT. 55

 	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.01 19/02/2024 Pag. 44 di 46
---	--	---

L'autovalutazione della Sezione E relativa al clima organizzativo e commitment, effettuata nel corso del 2022, aveva ottenuto un punteggio di 55 che rientrava nel **LIVELLO INTERMEDIO** (51-75). Il livello è stato mantenuto anche nell'aggiornamento, grazie alle azioni di monitoraggio già intraprese riportate nella tabella E1. Inoltre, si stanno pianificando azioni di miglioramento come la definizione di un team dedicato e il coinvolgimento dei pz/familiari con specifici programmi e predisposizione di materiale informativo sull'importanza di una corretta igiene delle mani.

TABELLA E1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT			
AZIONE	R	T	M
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo.			X
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.			X
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.		X	
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.	X		
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.	X		
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.		X	
Rivedere l'attuale coinvolgimento dei pazienti nelle attività di miglioramento dell'assistenza sanitaria e considerare i tempi per avviare discussioni/collaborazioni continue con le principali organizzazioni di pazienti.		X	
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).		X	
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.	X		
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	X		
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.		X	

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

	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.01 19/02/2024 Pag. 45 di 46
---	---	--

7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DOCUMENTO

Indicatori:

- 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 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.

	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.01 19/02/2024 Pag. 46 di 46
---	--	--

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.
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>