

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

Long Care Clinic Cirene Srl



INDICE

1. Contesto organizzativo
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati
3. Descrizione della posizione assicurativa
4. Resoconto delle attività del Piano precedente
5. Matrice delle responsabilità
6. Obiettivi e attività
 - 6.1 Obiettivi
 - 6.2 Attività
7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo
 - 7.1 Obiettivi
 - 7.2 Attività
 - 7.3 Ulteriori attività correlate (*lavaggio mani e monitoraggio soluzione idroalcolica*)
8. Modalità di diffusione del documento
9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il termine infezione ospedaliera o nosocomiale (I.O.) comprende varie entità nosologiche e segnatamente infezioni insorte nel corso della permanenza in struttura sanitaria, non manifeste clinicamente né in incubazione al momento dell'ingresso, che si rendono evidenti dopo 48 ore o più dall'ingresso, nonché le infezioni successive alla dimissione, ma causalmente riferibili, per tempo di incubazione, agente eziologico e modalità di trasmissione al periodo di permanenza in RSA.

Le I.O. colpiscono circa il 5 - 8% dei pazienti presenti in strutture sanitarie di diverso livello e comportano un significativo aumento dei costi dovuto al trattamento delle stesse.

Evidenze scientifiche indicano che è possibile prevenire circa il 30 per cento delle I.O., con conseguente abbassamento dei costi e miglioramento del SSR.

Epidemiologicamente si assiste ad un costante incremento delle infezioni sostenute da germi gram negativi, da virus e miceti; ma si mantengono elevati anche i casi di infezioni causate da stafilococchi e microbatteri, mentre diminuiscono quelli dovuti a streptococchi e pneumococchi.

Ruolo rilevante rivestono i microrganismi opportunisti presenti nell'ambiente, che in condizioni normali non danno luogo a infezioni ma in pazienti immunocompromessi possono avere diverso grado di gravità, fino ad essere letali.

Le I.O. possono colpire anche gli operatori sanitari che lavorano all'interno delle strutture sanitarie, pertanto misure adeguate devono essere adottate non solo per trattare gli ospiti, ma anche per prevenire la diffusione delle I.O. tra il personale che fornisce assistenza e cura.

La sicurezza dei pazienti è una priorità aziendale soprattutto per quanto concerne il Long Care Clinic Cirene che è organizzato come di seguito indicato

- U.O. RSA Mantenimento A: 20 Posti letto AUT
- U.O. RSA Mantenimento B: 15 Posti letto ACC
- U.O. RSA Mantenimento B: 15 Posti letto AUT

In tale contesto nel Gennaio 2018 è stato costituito il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (di seguito CCICA) composto dal Direttore Sanitario e dal Quality & Risk Manager. Il Coordinatore Infermieristico e la componente infermieristica tutta è coinvolta nel controllo e nella prevenzione delle ICA.

Per controllare e ridurre le I.O. è necessario che la RSA agisca su più fronti. Infatti l'attuazione di misure di prevenzione di controllo delle I.O. si attua attraverso:

- azioni sulle struttura stessa;
- la formazione del personale;
- un appropriato flusso informativo che permetta l'identificazione e la quantificazione delle infezioni.

Uno dei problemi relativi alle I.O. è la loro identificazione, classificazione e quantificazione. Per cercare di risolvere questo aspetto, sono state messe a punto definizioni di caso dai CDC americani ma anche da programmi europei come Helics e Earss.

Nell'organizzazione generale è stata individuata una stanza per U.O. dedicata, in caso di insorgenza, all'isolamento da infezioni ospedaliere contagiose e non trattabile a letto e dedicata a pazienti considerati infetti asintomatici.

Presso gli ingressi e nei corridoi di tutte le U.O. sono presenti dispenser di gel idroalcolico.

La struttura applica, nell'ambito la linea guida interna LG 33 Linea Guida 33 Raccolta dei Protocolli relativi:

- alle modalità di accesso e visita dei familiari nelle strutture residenziali sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali;
- alla prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS – COVID 19 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali; (per il 2024 solo se necessario)

conforme alle ordinanze del Presidente della Regione Lazio:

- 21 luglio 2020, n. Z00053. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: Linee di indirizzo per le modalità di accesso e visita dei familiari nelle strutture residenziali sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.
- Z0003418/04/2020, Proposta n. 6063 del 18/04/2020. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS – COVID 19 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.

Il CCICA ha previsto anche per il 2023 l'analisi dell'applicabilità di programma di Antimicrobial Stewardship.

RSA - Long Care Clinic Cirene			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	Numero	47	
DATI DI ATTIVITÀ ^(A)			
Ricoveri ordinari	380	Ricoveri diurni	0
Branche specialistiche	RSA	Prestazioni ambulatoriali erogate	0

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nell'anno 2023 non si sono rilevati eventi avversi significativi ai fini del risarcimento. Questo risultato è dovuto all'applicazione dei procedure di salvaguardia da parte del personale aziendale.

Eventi segnalati nel 2023 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	2 (50%)	0%	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (1%) Procedure/ Comunicazione (0%)	Strutturali (0%) Tecnologiche (0%) Organizzative (70%) Procedure/ Comunicazione (30%)	Sistemi di reporting (0%) Sinistri (100%) Emovigilanza (%) Farmacovig. (%) Dispositivovig. (%) ICA (%) ecc.
Eventi Avversi	1 (25%)	0%			
Eventi Sentinella	1 (25%)	0%			

(A): I fattori causali/contribuenti fanno riferimento solo agli eventi sottoposti ad analisi. Si rimanda al documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021 e disponibile sul cloud regionale.

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2017	0	0	0
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	0	0	0
2022	0	0	0
2023	0	0	0
Totale			

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

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2023	410693542 RCT (19/07/2022)	GENERALI	5.806,50 €	-	ASSITECA SPA
2023	696 A1021 INCENDIO (19/07/2022)	ZURICH	1.277,56 €	-	B&C INSURANCE SRL
2023	(41475001) RC GENERALE	ALLIANZ	267,50 €	-	

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Il PARM di questo anno riassume sinteticamente quanto pianificato e fatto nel 2021, 2022 e 2023 e quindi le attività previste per il 2024. Essendo la struttura una RSA di mantenimento A e B, le attività sono pianificate in relazione alla bassa incidenza patologica critica ed alla alta cronicizzazione della stessa per la maggior parte dei pazienti.

Per il 2023, visto il cosante ritorno alla normalità, si sono pianificati più interventi su più obiettivi regionali anche se le indicazioni sulla recrudescenza del virus nelle sue varianti continua ad essere pesante.

Resoconto delle attività del Piano precedente

DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata ^(B)	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un sul monitoraggio e la prevenzione delle infezioni da SARS 2 -COVID 19	SI	Effettuato aggiornamento nel mese di Ottobre 2023 integrata con i DPCM validi al momento
Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA;	SI	Effettuato aggiornamento informativo sull'importanza del monitoraggio della prevenzione delle ICA nel mese di Ottobre 2023
Attività di osservazione e monitoraggio applicazione del pianon di azione locale sull'igiene delle mani	SI	Effettuata valutazione con apposita check list regionale

(A): Gli obiettivi regionali non vanno modificati o rinominati. È possibile eventualmente identificarne di ulteriori.

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

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direttore Sanitario	Risk Manager	Amministratore Unico	Direttore Operativo	Infermiere Coordinatore	CCICA
Redazione PARS (eccetto i punti: 2, 3, 7)	C	R	C	C	C	C
Redazione punti 2-3	C	C	I	C	C	C
Redazione punto 7	R	C	I	I	C	C
Adozione PARS con deliberazione	I	I	R	C	I	C
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	C	R	I	C	C	C
Monitoraggio punto 7	R	C	I	I	C	C

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

6.1 Obiettivi

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.

6.2 Attività

In questa sezione sono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti al punto 6.1.

NB: Le attività legate a:

- a. Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili;
- b. Implementazione dei documenti regionali applicabili;
- c. Revisione periodica, almeno triennale, delle procedure

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione di attività formative specifiche entro il 30.06.2024		
STANDARD SI		
FONTE UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Dir.Sanitaria
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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 - Revisione periodica, almeno triennale, delle procedure		
INDICATORE Esecuzione di una seconda edizione di un corso sulla corretta applicazione dei percorsi di salvaguardia della prevenzione entro il mese di Giugno 2024		
STANDARD SI		
FONTE UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Dir.Sanitario	Coord.Infermieristico
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	C

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 - Revisione periodica, almeno triennale, delle procedure		
INDICATORE Corso sulla nuova revisione di almeno 1 protocollo infermieristico entro il 30.06.2023		
STANDARD SI		
FONTE UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Dir.Sanitario
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	I	R
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.		
ATTIVITÀ 1 - Revisione periodica, almeno triennale, delle procedure		
INDICATORE Esecuzione di almeno attività formativa specifica dedicata alla importanza della prevenzione da incidenti causati dal mancato uso dei DPI entro 30.06.2024		
STANDARD SI		
FONTE UO Risk Management		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	Dir.Sanitaria
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	C

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In questo capitolo andranno declinati gli obiettivi e le relative attività specifici sulla gestione del rischio infettivo.

7.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

7.2 Attività

In questa sezione sono elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti nel punto 7.1.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione una seconda edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30.06.2024		
STANDARD SI		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Dir.Sanitaria
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.

ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di una seconda edizione di un corso sulla importanza dell'igiene delle mani

INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro 30.06.2024

STANDARD SI

FONTE CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Dir.Sanitaria
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	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 QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).

ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso su rischio infettivo e sull'importanza del monitoraggio e contenimento ICA

INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30.09.2024

STANDARD SI

FONTE CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Dir.Sanitaria
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	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 QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).		
ATTIVITÀ 1 – Revisionare ed integrare le Linee guida interne specifiche con eventuali ed ulteriori indicazioni sul monitoraggio ICA		
INDICATORE Implementare e revisionare almeno 1 linea Guida entro il 30.09.2024		
STANDARD SI		
FONTE CCICA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	CCICA	Dir.Sanitaria
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

7.3 Ulteriori attività correlate (lavaggio mani e monitoraggio soluzione idroalcolica)

In relazione al documento di indirizzo 2023 ovvero Piano annuale di gestione del rischio clinico,

REGIONE.LAZIO.REGISTRO UFFICIALE.U.0091714.22-01-2024

sono stati affrontati i seguenti argomenti:

- Consumo soluzione idroalcolica
- Piano di azione locale sull'igiene delle mani

Per quanto concerne il monitoraggio sul consumo della soluzione idroalcolica si non utilizzati i seguenti documenti nazionali riportati sul sito del ISS, ovvero <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza-ica/sorveglianza-consumo-soluzione-idroalcolica-igiene-mani>, quindi quelli della ASL di Rieti (di riferimento) https://www.asl.rieti.it/fileadmin/user_upload/I.O._PER_LA_SORVEGLIANZA_E_IL_MONITORAGGIO_DEL_CONSUMO_DI_SOLUZIONE_IDROALCOLICA.pdf

Per quanto concerne il Piano di azione locale sull'igiene delle mani è stata compilata l'apposita check list autovalutativa secondo le linee guida regionali che si allega al presente documento.

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento è pubblicato:

- nella apposita area del sito web aziendale www.longcarecliniccirene.it
- sul sito <http://www.regione.lazio.it/docrl/page/site/risk-management/dashboard>

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione andranno elencati i riferimenti bibliografici e sitografici e alla normativa regionale e nazionale utilizzati per la redazione del documento.

- Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003;
- WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
- WHO: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy (2009);
- WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016).
- https://www.sifoweb.it/images/pdf/pubblicazioni/altre-edizioni/antimicrobial-stewardship/Antimicrobial_Stewardship_in_medicina.pdf

RIFERIMENTI NORMATIVI

In questa sezione andranno elencati i riferimenti alla normativa regionale e nazionale, nonché quelli scientifici, inerenti la gestione del rischio clinico. Se ne elencano alcuni a mero titolo di esempio:

- 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";
- 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"
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli avversi e degli eventi sentinella";
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
- Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
- Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante: "Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi regionali e approvazione del "Quadro di contesto" del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018";
- 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)";
- Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020;

- DCA Regione Lazio n. U00469 del 07/11/2017 recante "Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012";
- 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".
- Determinazione Regione Lazio n. G00163 del 11/01/2019 'Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)";
- Determinazione Regione Lazio n. G00164 del 11/01/2019 'Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
- Ordinanza del Presidente della Regione Lazio 21 luglio 2020, n. Z00053. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: Linee di indirizzo per le modalità di accesso e visita dei familiari nelle strutture residenziali sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali.
- Ordinanza del Presidente della Regione Lazio Z0003418/04/2020, Proposta n. 6063 del 18/04/2020. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS – COVID 19 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali.
- DPCM Governo Italiano 2020 - <http://www.governo.it/it/coronavirus-misure-del-governo>
- Misure messe in essere dal Ministero della Salute - <http://www.salute.gov.it>: vedi proroga delle misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'epidemia da COVID-19 concernenti l'utilizzo dei dispositivi delle vie respiratorie del 31.10.2022 valido fino al 30.04.2023

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI - REGIONE LAZIO -

ALLEGATO PARS 2024



RSA Long Care Clinic Cirene



PIANO DI INTERVENTO REGIONALE

Il piano di intervento è stato costruito partendo dalle indicazioni contenute nel documento *Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions* dell'OMS¹, ed è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani. Ribadendo quanto esposto al capitolo 5.0 relativamente alla sincronicità che deve essere garantita per un efficace governo del rischio infettivo, le cinque sezioni sono:

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire alle Strutture di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie. Si è scelto di assegnare un punteggio a ogni sezione, in modo da consentire alle Strutture di evidenziare meglio le eventuali criticità riscontrate per ogni ambito. Il punteggio, in analogia al documento OMS, individua quattro livelli:

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

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
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?	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	50
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di degenza	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	Sì	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	Sì	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	Sì	15
	TOTALE	100

TABELLA A2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI
AVANZATO (punteggio: 76-100)
<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione: valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso; • Prodotti per l'igiene delle mani: rendere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza; • Sostegno da parte della Direzione: effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria Struttura e condividerla con i dirigenti apicali.

SEZIONE B – 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?	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?	Sì	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	Sì	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	Sì	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perché	Sì	5
B.2.4 Poster informativi	Sì	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	Sì	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	Sì	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	TOTALE	90

TABELLA B2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE
FORMAZIONE DEL PERSONALE
AVANZATO (punteggio: 76-100)
<ul style="list-style-type: none"> Formazione: formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per i nuovi dipendenti e formazione continua per tutto il personale utilizzando metodi differenziati e innovativi; Integrazione e allineamento: prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile; Valutazione: valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione;

SEZIONE C – 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.)	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	Sì	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	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)?	Sì	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	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?	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?	Annualmente	10
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?	≥ 81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	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?	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?	Sì	7,5
	TOTALE	95

TABELLA C2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE

AVANZATO (punteggio: 76-100)

- Monitoraggio regolare:** condurre il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani almeno ogni 3 mesi in aree ad alto rischio e possibilmente in tutta la Struttura. Effettuare un monitoraggio continuo del consumo di soluzione alcolica;
- Interpretazione dei risultati:** condurre la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e correlare l'osservanza dell'igiene delle mani e il consumo di soluzione alcolica con i dati sui risultati, identificando i fattori di successo e gli ostacoli al miglioramento continuo;
- Feedback:** organizzare sessioni interattive per restituire l'interpretazione dei risultati della vostra struttura ai dirigenti e al personale;
- Comunicazione:** comunicare apertamente i risultati attraverso più canali, sia internamente che all'esterno, incoraggiando un clima costruttivo e trasparente.

SEZIONE D – 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	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	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?	Almeno una volta all'anno	10
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
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	SI	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	SÌ	0
	TOTALE	70

TABELLA D2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE

COMUNICAZIONE PERMANENTE

INTERMEDIO (punteggio: 51-75)

- Risorse:** definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati;
- Consegna dei messaggi:** fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria in tutti gli ambienti clinici;
- Sostenibilità:** pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli.

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
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?	Sì	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	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?	Sì	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	Sì	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	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
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
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
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)?	Sì	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
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	Sì	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	Sì	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	Sì	5
	TOTALE	50

TABELLA E2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE

CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

BASE (punteggio: 26-50)

- **Approccio multimodale:** elaborare un piano di autovalutazione periodica;
- **Budget:** valutare la riserva di un budget per queste attività;
- **Comunicazione:** supportare regolarmente gli operatori, presentare i risultati e i progressi ottenuti
- **Coinvolgimento dei pazienti.**

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.
2. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
3. Template Action Plan, WHO, 2009
4. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
5. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
6. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012
7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012
8. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, *Am J Infect Control* 2009;37:827-34
9. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC". Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
10. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. *American Journal of Infection Control*, 2003, 31:93-6.
11. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. *American Journal of Infection Control*, 1991,19:243-249.
12. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2005, 26:316-320.
13. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2004, 25:262-264.
14. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.
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 Mar.
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>