

## **Casa di Cura Privata “Clinica Parioli”**

Via Felice Giordano n 8 - 00197 Roma

Ed.	Rev.	Data	Descrizione
02	01	10/02/2022	Adeguamento alle nuove linee di indirizzo della Regione Lazio
03	02	10/02/2023	Aggiornamento
03	03	12/02/2024	Aggiornamento

<b>Direttore Amministrativo/Procuratore Speciale</b>	<b>Direttore Sanitario</b>	<b>Risk Manager</b>
Dr.ssa Manuela Pirrone	Dott. Claudio D’Anna	Dott. Claudio D’Anna

**SOMMARIO**

<b>1. TERMINI E DEFINIZIONI</b> .....	<b>3</b>
<b>2.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b> .....	<b>5</b>
<b>3.0 PREMESSA</b> .....	<b>5</b>
<b>4.0 CONTESTO ORGANIZZATIVO</b> .....	<b>7</b>
<b>5.0 DATI STRUTTURALI</b> .....	<b>8</b>
<b>6.0 COMITATO DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA</b> .....	<b>8</b>
<b>7.0 PROCEDURE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA</b> .....	<b>8</b>
<b>8.0 DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP</b> .....	<b>9</b>
<b>9.0 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI</b> .....	<b>10</b>
<b>10.0 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA</b> .....	<b>10</b>
<b>11. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PREVISTE NEI PIANI PRECEDENTI</b> .....	<b>11</b>
<b>12. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</b> .....	<b>15</b>
<b>13. ATTIVITÀ</b> .....	<b>15</b>
<b>OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b> .....	<b>15</b>
<b>OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA</b> .....	<b>16</b>
<b>OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA</b> .....	<b>16</b>
<b>14. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO</b> .....	<b>17</b>
<b>OBIETTIVI</b> .....	<b>17</b>
<b>15. ATTIVITÀ</b> .....	<b>17</b>
<b>OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b> .....	<b>17</b>
<b>OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI</b> .....	<b>17</b>
<b>OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE</b> .....	<b>18</b>
<b>16. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS</b> .....	<b>19</b>
<b>17. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI</b> .....	<b>20</b>

## 1. TERMINI E DEFINIZIONI

Si riporta di seguito la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del presente Piano.

Termini	Definizioni
<b>Evento avverso</b>	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile"
<b>Near miss</b>	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente
<b>Evento sentinella</b>	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna: a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.
<b>Rischio Clinico</b>	Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte"
<b>Risk Management</b>	Il Risk Management in sanità rappresenta l'insieme delle azioni messe in atto per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata sull'apprendere dall'errore.
<b>Audit Clinico</b>	L'audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l'assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento.
<b>Incident reporting</b>	L'incident reporting è la segnalazione spontanea e volontaria (anche dove obbligatoria) degli eventi avversi e dei problemi organizzativi. Le segnalazioni archiviate costituiscono la base dati che può essere utilizzata come una delle fonti per mappare e analizzare i rischi all'interno della struttura sanitaria.

<b><i>Antisepsi delle mani</i></b>	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.
<b><i>Agente antisettico</i></b>	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.
<b><i>CCICA</i></b>	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.
<b><i>Colonizzazione</i></b>	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
<b><i>Disinfezione</i></b>	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente osu di un substrato, ad eccezione delle spore.
<b><i>ICA</i></b>	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale e che non era presente, né in incubazione, al momento dell'inizio del trattamento. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.
<b><i>Infezione</i></b>	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.
<b><i>Antimicrobico-resistenza</i></b>	È un fenomeno naturale biologico di adattamento di alcuni microrganismi che acquisiscono la capacità di sopravvivere o di crescere in presenza di una concentrazione di un agente antimicrobico (es. antivirale, antifungino, antibatterico) che è generalmente sufficiente ad inibire o uccidere microrganismi della stessa specie. Questo concetto include anche l'antibiotico-resistenza che è invece è limitata agli agenti antibatterici.
<b><i>Antimicrobial Stewardship</i></b>	La antimicrobial stewardship si riferisce agli interventi che mirano a promuovere e guidare l'uso ottimale degli antibiotici, inclusi la scelta del farmaco, il suo dosaggio, la sua via di somministrazione e la durata della somministrazione.
<b><i>DDD</i></b>	È la dose definita giornaliera (in inglese defined daily dose, DDD). È definita come la dose media di un farmaco assunta giornalmente da un paziente adulto, con riferimento all'indicazione terapeutica principale del farmaco stesso.

## 2.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

- Di seguito la matrice delle responsabilità stabilite all'interno della Casa di Cura per la redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Azione	Amm.re/Procuratore Speciale	Direttore Sanitario/Risk Manager	Strutture disupporto
Redazione PARS	C	R	I
Redazione PARS con riferimento al Rischio Infettivo	C	R	C
Approvazione ed adozione PARS	R	I	I
Monitoraggio PARS	C	R	C
Monitoraggio PARS con riferimento al Rischio infettivo	I	R	C

### Legenda

[R]: funzione Responsabile. [C]: funzione Coinvolta. [I]: funzione Interessata

## 3.0 PREMESSA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato la necessità che le organizzazioni sanitarie operino per assicurare ai Pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure. La possibilità di **"Evento avverso"** è insita nei sistemi complessi e le realtà sanitarie, come sancito dall'OMS, sono l'ambito lavorativo a maggiore complessità possibile.

La sicurezza dei Pazienti deve essere, quindi, continuamente presidiata e le criticità devono essere affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando vari aspetti: monitoraggio e analisi degli eventi avversi, elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, coinvolgimento di Pazienti, formazione degli operatori sanitari, analisi delle interferenze e delle criticità, al fine di promuovere sia una visione che una gestione sistemica del rischio.

La **Gestione del Rischio Clinico** rappresenta un elemento di Governo (Clinico), meglio definito come *"il sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica"*.

La gestione del rischio in ambito sanitario è un'attività già prevista nella legge 189 del 2012 (Legge Balduzzi), che riponeva in tale aspetto la possibilità di prevenire i contenziosi e di ridurre i costi assicurativi. Il legame consequenziale con una più efficace gestione delle risorse economiche aveva già indotto a scorporare alcune indicazioni dal disegno di legge Gelli (peraltro approvato in via definitiva lo scorso 28 febbraio 2017) per inserirle nella Legge di Stabilità 2016, in cui sono attribuiti alla prevenzione del rischio effetti positivi sull'uso delle risorse e sulla tutela del Paziente.

La **Legge Gelli** (Legge 8 marzo 2017, n. 24) qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Le attività di prevenzione del rischio – alle quali concorre tutto il personale – devono essere messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e nel documento **“Risk Management e Qualità in Sanità”** definisce le seguenti raccomandazioni:

- individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- promuovere la segnalazione dei *Near Miss*;
- sperimentare, a livello aziendale, metodi e strumenti di segnalazione degli errori, di raccolta e di elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulle frequenze degli errori;
- monitorare periodicamente e garantire *feed-back* informativi;
- avviare la costituzione di un *network* per la realizzazione di un *database* nazionale per la raccolta dei dati relativi alla sicurezza dei Pazienti, anche al fine di istituire un Osservatorio a livello centrale;
- definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

In questa dimensione, la **Gestione del Rischio Clinico** assume un ruolo fondamentale nel processo di identificazione degli obiettivi di sistema, di definizione dei processi organizzativi, di allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

#### **4.0 CONTESTO ORGANIZZATIVO**

La Casa di Cura "Clinica Parioli" è una Struttura autorizzata all'esercizio della attività di ricovero che opera in regime privato per le seguenti specialità dell'area chirurgica:

- Chirurgia generale cod 09.00
- Ortopedia cod. 36.00
- Oculistica cod. 34.00

La Struttura è dotata di un blocco operatorio con quattro sale operatorie e di un ambulatorio chirurgico con sala dedicata. Al quarto piano è collocata la stanza destinata all'isolamento. Nella Casa di Cura sono presenti ed operativi servizi di diagnostica radiologica e di laboratorio. Oltre alle prestazioni di ricovero presso la struttura vengono erogate anche prestazioni specialistiche ambulatoriali, distribuite su 16 studi medici, nelle branche di:

- Ortopedia;
- Ostetricia a Ginecologia;
- Urologia;
- Cardiologia;
- Oculistica;
- Chirurgia oftalmoplastica;
- Chirurgia generale ed estetica;
- Endoscopia digestiva;
- Dermatologia;
- Senologia;
- Proctologia;
- Terapia del Dolore;
- Neurofisiopatologia ed elettromiografia;
- Medicina Interna.

## 5.0 DATI STRUTTURALI

CASA DI CURA "CLINICA PARIOLI"			
ASL territorialmente competente	ASL ROMA 1		
Posti letto ordinari	24	Ortopedia	5
		Chirurgia	15
		Oculistica	4
Posti letto diurni	6	Frigoemoteca	1
Blocchi Operatori	1	Sale Operatorie	5
DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari	1.125	Ricoveri diurni	676
Branche specialistiche	13	Prestazioni ambulatoriali erogate	<b>11004</b> (visite + rx + ecografie + tac + risonanza) <b>205</b> (interventi chirurgia ambulatoriale)

## 6.0 COMITATO DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Il Comitato per il controllo delle Infezioni è stato istituito presso la Casa di Cura Clinica Parioli nell'anno 2020 e si riunisce, di norma, con periodicità semestrale. Sono altresì previste riunioni dedicate qualora si manifesti la necessità di condurre indagini per eventi riconducibili a possibili ICA. La composizione del CCICA è la seguente:

- Direttore Sanitario/Presidente Componente/Risk Manager - Dott. Claudio D'Anna
- Dott.ssa Patrizia Bambacioni – Direttore Tecnico Laboratorio Analisi
- Dr.ssa Angela Iglesias - Coord. inferm. Sala Operatoria
- Dr.ssa Zoila Cristobal - Coord. inferm. Attività Ambulatoriali
- Dr.ssa Turi Daniela - Coord. Inferm. reparti degenza
- Dr.ssa Barbara Ducci - Ufficio Qualità

## 7.0 PROCEDURE PER LA PREVENZIONE DELLE ICA

Per garantire il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza, la Struttura ha implementato specifiche procedure di prevenzione e controllo. Tra queste, si includono:

- I – 75-02-05 Sanificazione sala operatoria;
- I – 75-02-01 Sterilizzazione materiale chirurgico e strumentario sala operatoria;
- I - 75-02-08 Disinfezione Endoscopi;
- I – 75-02-09 Lavaggio mani;
- PO-64-05 Prevenzione e diffusione del Rischio COVID 19;
- PO- 64-06 Prevenzione infezioni da enterobatteri produttori di carbapenemasi;
- Adottato il Piano locale per l'igiene delle mani;
- La procedura I-75-02-16 per la sanificazione degli ambulatori per le medicazioni;
- introdotto il Piano aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (come da Determinazione 28 novembre 2022, n. G16501 – Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).
- È regolarmente eseguita la profilassi antibiotica peri operatoria;
- È presente la procedura per la prevenzione ed il trattamento delle Lesioni da Pressione (LdP).

Tutte queste procedure sono disponibili per la consultazione sul Sito Aziendale, assicurando trasparenza e accessibilità alle informazioni essenziali per la sicurezza degli utenti.

## **8.0 DEFINIZIONE DI UN PROGRAMMA DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP**

Il personale medico e di assistenza presso la nostra Struttura è altamente sensibilizzato all'importanza del corretto utilizzo degli antibiotici. Nel corso degli anni 2021, 2022 e 2023, abbiamo attivamente monitorato il consumo di antibiotici, focalizzandoci sulle molecole più frequentemente prescritte.

I risultati del monitoraggio evidenziano interessanti modifiche nella pratica di prescrizione di alcune molecole. In particolare, si nota una probabile e discreta riduzione delle prescrizioni inappropriate. Questo indica un impegno concreto nella promozione di un uso responsabile degli antibiotici, contribuendo così alla lotta contro la resistenza antimicrobica e al miglioramento complessivo della gestione delle infezioni.

Continueremo a monitorare attentamente tali dati e a adottare misure proattive per garantire una gestione responsabile degli antibiotici all'interno della nostra Struttura, al fine di assicurare cure

efficaci e sicure per tutti i pazienti.

### 9.0 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Nell'anno 2023 presso la Casa di Cura Clinica Parioli sono stati segnalati e registrati utilizzando lo strumento dell'incident reporting e delle non conformità, gli eventi riportati in tabella.

Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)	% di cadute nella categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss **	0	0	Organizzativi 100%	Organizzative 50% Procedure/ Comunicazione 50%	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi	2	50%			
Eventi sentinella	0	0			

Nel totale degli eventi registrati dalla struttura nel 2023, risultano una caduta accidentale e un'aggressione verbale nei confronti di un operatore.

Per tutti gli eventi segnalati, si sottolinea l'immediata gestione e l'assenza di particolari problematiche postume.

### 10.0 DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Per quanto riguarda la posizione assicurativa, la Società Fenice Parioli S.r.l. (Clinica Parioli) ha scelto di gestire internamente l'assicurazione, adottando un regime di autoassicurazione. La copertura dei rischi derivanti dall'esercizio dell'attività è garantita attraverso la costituzione di un fondo apposito. La consistenza del fondo viene ricalcolata annualmente in base alla sinistrosità eventualmente verificatasi.

Tabella 6 - fondo rischi

ANNO	CONSISTENZA FONDO RISCHI
2024	€ 300.00,00

### 10.1 SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO (AI SENSI DELL'ARTICOLO 4. C. 3 L. 24/2017)

ANNO	N Sinistri aperti	N Sinistri erogati	Risarcimenti erogati
2019	1	-	-
2020	3	-	-
2021	2	-	-
2022	4	-	-
2023	12	-	-

## 11. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ PREVISTE NEI PIANI PRECEDENTI

Come detto in premessa la funzione di Risk Management è stata stabilmente introdotta nell'organizzazione della Casa di Cura nell'anno 2021, ciò ha consentito di adottare per la prima volta il Piano Annuale del Risk Management (PARM) ed il Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA), formulati secondo le linee di indirizzo del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio.

Nell'anno 2021 è stato inoltre adottato il Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani e sono state messe in atto le iniziative previste dal relativo cronoprogramma.

Nella adozione dei suddetti Piani si è ovviamente tenuto conto della tipologia delle attività assistenziali e delle prestazioni erogate dalla Casa di Cura, che attengono principalmente a diverse specialità dell'area chirurgica, orientando quindi l'attenzione ai Rischi di maggiore interesse rispetto alla tipologia dei pazienti ospiti della struttura ed in relazione ai trattamenti eseguiti.

Nel corso degli anni 2020 – 2021 – 2022, gli eventi collegati alla Pandemia da SARS-COV-2 hanno condizionato sensibilmente l'attività della struttura, dovendosi limitare allo stretto necessario la presenza fisica di soggetti esterni nei reparti di degenza, nonché evitare l'accesso di persone e l'ingiustificato affollamento nei locali sede delle attività assistenziali. Ciò non ha impedito peraltro la realizzazione di parte degli interventi e delle attività programmate nei suddetti Piani.

Le precauzioni adottate hanno consentito alla Casa di Cura di restare indenne dagli effetti della Pandemia da SARS-COV-2, non essendosi verificato alcun caso di contagio tra i pazienti ricoverati.

Le attività messe in cantiere nel corso del 2022 sono state portate a regime nell'anno 2023 mediante incontri con il personale ed i coordinatori infermieristici dei reparti, con priorità per i seguenti interventi:

1. utilizzo delle schede di valutazione dei pazienti con riferimento al rischio cadute;
2. le verifiche per la corretta tenuta della documentazione sanitaria e della check list di sala operatoria;

**3. l'aggiornamento di procedure ed istruzioni operative riferite a rischi specifici:**

- *Prevenzione e gestione del rischio cadute*
- *Corretta identificazione del paziente*
- *Preparazione e somministrazione della terapia farmacologica – gestione farmaci*
- *Acquisizione del consenso informato generale alle cure*
- *Sanificazione degli ambulatori per le medicazioni*
- *Procedura per la raccolta dei rifiuti pericolosi.*

<b>1° Obiettivo PARS: Diffondere la cultura e la sicurezza delle cure</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Realizzazione di un Corso di formazione per gli operatori della struttura sulla Gestione del rischio clinico e sulla Sicurezza delle Cure	SI	Gestione del rischio clinico e Sicurezza delle Cure Prevenzione dei Rischi nelle attività clinico assistenziali <b>22 dicembre 2023 - 3° Edizione, novembre 2023</b>
<b>2° Obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Consolidamento del sistema di Incident Reporting per la segnalazione degli eventi avversi	SI	/
<b>3° obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Valutazione del rischio cadute, monitoraggio e prevenzione delle stesse	SI	La scheda di valutazione del rischio caduta è compilata e presente nella documentazione sanitaria della maggior parte dei pazienti ricoverati
<b>4° Obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>
Verifica dell'utilizzo sistematico della Check list di sala operatoria	SI	La Check list viene compilata regolarmente ed è presente nella documentazione sanitaria unitamente alla scheda pre-operatoria per la verifica della corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura.
<b>5° Obiettivo PARS: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata</b>	<b>Stato di attuazione</b>

Organizzazione, in collaborazione con il RSSP, di incontri periodici con gli operatori su argomenti che interessano contemporaneamente la sicurezza degli operatori e dei pazienti	SI	/
--	----	---

**Tabella 8 – grado di raggiungimento degli obiettivi PARS 2023 per la gestione del rischio infettivo**

1° Obiettivo: Formazione personale sanitario sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	/
2° Obiettivo: Consolidare nella Casa di Cura i requisiti organizzativi e strutturali per consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani.		
Attività 1 e 2	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1) ampliare il numero di punti di assistenza dotati di dispenser entro il 31/12/2024	SI	All'interno della struttura, sono permanentemente disponibili flaconi con dispenser contenenti soluzione idroalcolica. Nel corso dell'anno, si è registrato un aumento nel consumo di tale soluzione rispetto all'anno precedente. Come pratica consolidata, la struttura partecipa regolarmente alla segnalazione attraverso il portale CSIA (La Sorveglianza del Consumo di Soluzione Idro-Alcolica) in modo annuale.
Attività 2) monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani mediante osservazione diretta	SI	/

**3° obiettivo: Sorveglianza delle infezioni da CRE**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Sviluppo o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi	SI	La Casa di Cura dispone di una procedura per la sorveglianza dell'infezione da CRE. Nel corso dell'anno 2023, il sistema di sorveglianza non è stato attivato poiché, a causa della breve durata delle degenze, non si è verificata, durante il ricovero, alcuna sintomatologia indicativa di una possibile colonizzazione. Tuttavia, come prassi annuale consolidata, la struttura continua a partecipare alla segnalazione del "Resoconto sintetico delle batteriemie da CRE" (come specificato nella circolare del Ministero della Salute N. 1479 del 17 gennaio 2020) e delle infezioni/colonizzazioni da Enterobacteriaceae resistenti a ceftazidime/avibactam. Questa partecipazione avviene in stretta collaborazione con il servizio SISP (Sorveglianza delle Infezioni e delle Profilassi) della ASL Roma 1.

**4° Obiettivo: Implementazione delle linee di indirizzo sull'antibiotico profilassi peri- operatoria**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Estendere le linee di indirizzo a tutte le procedure chirurgiche eleggibili.	SI	Tutte le procedure chirurgiche, corrispondenti al 100%, sono precedute da profilassi, ad eccezione di interventi di chirurgia dermatologica di piccola entità.

**5° Obiettivo: Esecuzione di una indagine di prevalenza sulle infezioni del sito chirurgico**

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Monitoraggio delle infezioni del sito chirurgico	SI	Nel corso del 2023, sono stati svolti 45 tamponi su campioni provenienti da ferite chirurgiche, su un totale di 2006 interventi effettuati all'interno della Struttura, comprendendo sia ricoveri ordinari che Day Hospital (DH) e interventi ambulatoriali. È importante sottolineare che durante la discussione in sede di audit interno, non sono emersi dati rilevanti correlati a tali tamponi.

## 12. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

### OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure;
- migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

*È mandatario declinare un minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici.*

## 13. ATTIVITÀ

### OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

#### ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso base di gestione del rischio clinico"

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2024

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

#### ATTIVITÀ 2: progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività"

INDICATORE: Esecuzione di almeno due edizioni del Corso entro il 31.12.2024

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**OBIETTIVO B): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA**

**ATTIVITÀ 3: revisione e implementazione della documentazione del Sistema di Gestione aziendale di Rischio Clinico**

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2024

(documentazione implementata) / (documentazione da implementare)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**ATTIVITÀ 4: esecuzione Audit di Rischio Clinico**

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2024

Esecuzione di almeno 3 audit di cui uno almeno uno dedicato all'analisi delle cartelle cliniche.

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Revisione modulo	R	C
Informazione/formazione personale	R	C
Verifica implementazione	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**OBIETTIVO C): FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA**

**ATTIVITÀ 5: identificazione dei rischi attraverso il Safety Walkaround**

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2024

(n Safety Walkaround realizzati) / (n Safety Walkaround programmati)

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Implementazione strumento	R	C
Informazione/formazione	R	C
Verifica utilizzo	R	C

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

## 14. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

### OBIETTIVI

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- 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).

È mandataro declinare un **minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici**.

## 15. ATTIVITÀ

- Le attività sono state definite conformemente a quanto previsto nel Piano Regionale della Prevenzione (PRP, in particolare dal Piano Predefinito 10 – PP10) e dal Piano Nazionale per il Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR).

### OBIETTIVO A): DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

#### ATTIVITÀ 1: progettazione ed esecuzione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA

INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2024

(n corsi di formazione sul rischio clinico programmati) / (n totale dei corsi eseguiti)

STANDARD: 100%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

### OBIETTIVO B): IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

#### ATTIVITÀ 2: monitoraggio e mantenimento del Piano di Intervento Regionale sull'Implementazione delle Mani

INDICATORE: Raggiungimento entro il 31.12.2024

Miglioramento Piano.

STANDARD: 90%

FONTE: Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Elaborazione Piano	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**OBIETTIVO C): MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE**

**ATTIVITÀ 3: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni da CRE (anche nel rispetto di quanto previsto dal Piano ICA)**

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31.12.2024

**Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura in base alle indicazioni Regionali.**

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** CC-ICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso nazionale	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**ATTIVITÀ 4: elaborazione/revisione/implementazione di un programma di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship)**

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno due edizioni del Corso entro il 31.12.2024

**Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura**

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**ATTIVITÀ 5: report monitoraggio consumo prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani**

**INDICATORE:** Raggiungimento entro il 31/12/2024

**Elaborazione processo monitoraggio utilizzo prodotti idroalcolici, in litri ogni 1000 giornate di degenza.**

**STANDARD:** 20 litri / 1000 gg degenza

**FONTE:** OMS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE
Elaborazione report	C	R
Compilazione report	C	R
Condivisione risultati	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**ATTIVITÀ 6: elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo con particolare riferimento alle infezioni del sito chirurgico e della ferita chirurgica**

**INDICATORE:** Esecuzione di almeno due edizioni del Corso entro il 31.12.2024

**Elaborazione/revisione/implementazione di almeno una procedura**

**STANDARD:** 100%

**FONTE:** Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
AZIONE	RISK MANAGER	DIREZIONE
Istituzione Gruppo di Lavoro	C	R
Definizione modello di sorveglianza	C	R
Definizione misure di controllo	C	R
Definizione gestione flusso	C	R
Revisione/Elaborazione procedura	C	R
Informazione/formazione personale	C	R
Verifica implementazione	C	R
Progettazione Corso	C	R
Accreditamento Corso	C	R
Esecuzione Corso	C	R

R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interessato

**16. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS**

- Il PARS verrà pubblicato sul sito internet della Casa di Cura sulla cui home page verrà inserito un link che rimanda direttamente al documento per favorirne la consultazione;
- La conoscenza del Piano verrà inoltre estesa agli operatori in occasione di incontri periodici, apiccoli

gruppi, da realizzarsi direttamente nei luoghi di lavoro;

- I dati contenuti nel presente documento sono oggetto di riesame periodico in collaborazione;
- con il personale sanitario e le altre funzioni dell'organizzazione;

## 17. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riportano di seguito le fonti normative utilizzate quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale per la gestione del Rischio Sanitario:

- *SITO del Ministero della Salute.* <http://www.salute.gov.it/>
- *SITO del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Toscana*
- *SITO della Fondazione "Italia in Salute"*
- *SITO della Associazione Scientifica Hospital & Clinical Risk Managers (HCRM)*
- *Circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere.*
- *Circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle infezioni ospedaliere.*
- *Decreto del 11 dicembre 2009*
- *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità*
- *DCA Regione Lazio del 10/02/2011 n. U0008*
- *"Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie"*
- *Legge 8 novembre 2012, n. 189. (Legge Balduzzi)*
- *«Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».*
- *Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013. n. 4968*
- *Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)*
- *Determinazione Regionale del 1° aprile 2014 n. G04112*
- *"Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"*
- *Legge 28 dicembre 2015, n. 208*
- *"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)*
- *DCA Regione Lazio del 4 novembre 2016, n. U00328*
- *Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".*
- *DCA Regione Lazio del 7 novembre 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.*

- *Legge n 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco)*
- *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*
- *Rapporto ISS COVID-19 • n. 4/2020 Rev. 2*
- *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali*
  
- *Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025*
  
- *Determinazione Regione Lazio del 6 dicembre 2017 n. 16829*
- *Istituzione del "Centro Regionale per il Rischio Clinico" (CRRC).*
  
- *Determinazione Regione Lazio del 27 aprile 2018 n. G05584*
- *Approvazione del "Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)"*
  
- *Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021 n. G02044*
- *Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".*
  
- *Determinazione Regione Lazio del 20 luglio 2021 n. G09850*
- *Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".*
  
- *Determinazione Regione Lazio del 25/01/2022 n. G00643*
- *Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".*
  
- *Determinazione Regione Lazio del 06/11/2022 n. G15198*
- *Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016*
  
- *Determinazione Regione Lazio del 28/11/2022 n. G16501*

*Approvazione del "Documento di indirizzo sulle*

**Allegati**

piano igiene mani



# PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Casa di Cura Privata "Clinica Parioli"

Via Felice Giordano n 8 - 00197 Roma

Anno 2024

Ed.	Rev.	Data	DESCRIZIONE
01	00	26/06/2021	Emissione del documento
01	01	13/02/2023	Revisione
01	02	13/02/2024	Revisione
<b>REDAZIONE</b>			<b>APPROVAZIONE</b>
DIRETTORE SANITARIO/RISK MANAGER			DIREZIONE/AMMINISTRAZIONE

## TITOLO

**PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI**

## DESTINATARI

Il Piano è rivolto al Personale che opera nei diversi setting assistenziali, di ricovero ordinario, diurno e ambulatoriale della Casa di Cura Privata "Clinica Parioli", gestita dalla Soc. Fenice Parioli S.r.l.

Il Piano è finalizzato alla tutela degli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e della Struttura; le Azioni previste dal Piano interessano qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

## **Indice**

<b>1. PREMESSA</b>	<b>3</b>
<b>2. METODOLOGIA DI ELABORAZIONE DEL PIANO</b>	<b>4</b>
<b>3. GLOSSARIO</b>	<b>5</b>
<b>4. INTERVENTI - AZIONI - CRONOLOGIA e INDICATORI</b>	<b>7</b>
<b>4.1 ambito dei requisiti strutturali e tecnologici</b>	<b>7</b>
<b>4.2 ambito della formazione del personale</b>	<b>8</b>
<b>4.3 ambito del monitoraggio e feedback</b>	<b>9</b>
<b>4.5 ambito della comunicazione permanente</b>	<b>10</b>
<b>4.6 ambito del clima organizzativo e commitment:</b>	<b>11</b>
<b>6. MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO</b>	<b>12</b>
<b>7. RIFERIMENTI NORMATIVI</b>	<b>12</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	<b>13</b>
<b>9. ALLEGATI</b>	<b>13</b>

## **PREMESSA**

Con Determinazione del 26 febbraio 2021, n. G02044, la Regione Lazio ha adottato il PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI.

Il provvedimento dispone che tutte le strutture sanitarie pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale effettuino l'autovalutazione prevista dal Piano stesso ed elaborino un piano di azione locale sulla base dei risultati della suddetta autovalutazione entro un termine di quattro mesi dalla data di adozione.

Il Piano è finalizzato ad implementare nel personale sanitario la corretta pratica dell'igiene delle mani, al fine di prevenire o ridurre:

- a) la colonizzazione ed infezione del Paziente da parte di microorganismi patogeni
- b) la diffusione di microorganismi patogeni nell'ambiente sanitario
- c) la infezione causata da microorganismi endogeni
- d) la colonizzazione per infezioni degli operatori sanitari

Anche nella gestione dell'emergenza pandemica da SARS-COV-2 l'igiene delle mani, associata al distanziamento sociale ed all'etichetta respiratoria rappresenta un elemento di cruciale importanza per ridurre la trasmissione del virus in tutti gli ambiti, professionali e non.

In particolare, in ambito lavorativo, i dispositivi medici e i dispositivi di protezione individuale sono efficaci per la protezione degli operatori solo se inseriti in una più ampia cornice di interventi che comprenda controlli amministrativi, ambientali, organizzativi e tecnici, tra i quali quelli relativi all'Igiene delle mani

È certo, comunque, che le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono l'evento avverso più frequente nell'assistenza sanitaria, spesso causa di un prolungamento delle degenze in ospedale, disabilità a lungo termine, decessi, e, non ultimo, il rischio di sviluppo di resistenza agli antimicrobici da parte dei microrganismi, con costi aggiuntivi significativi per il Sistema Sanitario

In Italia, la prevalenza di ICA negli ospedali per acuti è stata calcolata variare dal 3% al 10% circa in base all'ospedale, con picchi superiori al 20% in alcuni reparti di terapia intensiva (fonte circolare Ministero della Salute maggio 2021)

Le ICA peraltro possono verificarsi in ogni ambito assistenziale come, ad esempio, in day hospital/day surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali.

È evidente quindi come l'igiene delle mani rappresenti uno strumento essenziale nella prevenzione delle infezioni trasmissibili, soprattutto negli ambienti ospedalieri e di cura.

La Casa di Cura "Clinica Parioli" è autorizzata all'esercizio della attività di ricovero ordinario e degenza diurna per le seguenti specialità dell'area chirurgica:

- Chirurgia generale cod 09.00
- Ortopedia cod. 36.00
- Oculistica cod. 34.00

La Struttura è dotata di un blocco operatorio con quattro sale operatorie e di un ambulatorio chirurgico con sala dedicata;

Oltre alle prestazioni di ricovero presso la struttura vengono erogate anche prestazioni specialistiche ambulatoriali, per diverse specialità mediche e chirurgiche.

## **METODOLOGIA SEGUITA PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO**

Ai fini della elaborazione del Piano locale sono state (auto)valute le condizioni esistenti nella Casa di Cura riferite ai seguenti ambiti:

- **ambito dei requisiti strutturali e tecnologici:** con riferimento, ad esempio, alla esistenza di percorsi sporco/pulito, di stanze di isolamento, al rapporto lavandini /letti, alla presenza di procedure specifiche per la sanificazione, alla disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica nei punti di assistenza;
- **ambito della formazione del personale:** con riferimento alla esistenza di programmi di formazione del personale, della verifica e monitoraggio della formazione, alla disponibilità di materiale formativo;
- **ambito del monitoraggio e feedback:** con riferimento ai seguenti principali aspetti:
  - a) corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta;
  - b) quantità e qualità dei dispenser di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della Struttura;
  - c) formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA;

- d) consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno della Struttura
- **ambito della comunicazione permanente:** con riferimento alla disponibilità di materiale informativo come locandine e brochure a disposizione del personale e dei visitatori ed all'aggiornamento dello stesso;
  - **ambito del clima organizzativo e commitment:** con riferimento alla esistenza di un Team per la promozione e l'implementazione della pratica dell'igiene delle mani ed al coinvolgimento della Direzione della Struttura sull'argomento;

**In ciascuno dei suddetti ambiti l'esito della autovalutazione ha consentito di collocare la Struttura su un livello base/intermedio.**

Il presente Piano, pertanto, si pone come obiettivo per l'anno corrente il consolidamento del livello raggiunto in ciascuno dei suddetti ambiti ed il raggiungimento del livello intermedio in ciascuno di questi, entro la fine del triennio 2022/2024.

Ove possibile, in tempi successivi, l'ulteriore obiettivo di miglioramento, sarà rappresentato dal raggiungimento del livello AVANZATO per la promozione e l'adesione ottimale ai programmi per l'igiene delle mani.

## **GLOSSARIO**

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

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

**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 e che non era presente, né in incubazione, al momento dell'inizio del trattamento. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.

**Igiene Ospedaliera:** Disciplina che contempla tutti gli aspetti relativi al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori e degli operatori sanitari. Da un punto di vista gestionale consiste nell'insieme di funzioni che mira a garantire in modo efficiente che un qualsiasi setting assistenziale (ospedale, ambulatorio, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.

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

**PAICA:** Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza.

**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.

## **INTERVENTI – AZIONI – CRONOLOGIA - INDICATORI PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO LOCALE.**

La Casa di Cura, relativamente alla complessità organizzativa ed alla intensità assistenziale, si colloca nel livello di base. L'autorizzazione all'esercizio descritta in premessa comprende servizi di diagnostica di laboratorio, di radiodiagnostica e diagnostica per immagini.

Tanto premesso vengono di seguito illustrati gli interventi, le azioni programmate e la relativa cronologia, per l'implementazione del Piano locale, riferite a ciascuno degli ambiti esaminati nel processo di autovalutazione.

Per ciascun ambito vengono definiti gli obiettivi, le azioni e gli indicatori utili alla misura dei risultati.

### **A) ambito dei requisiti strutturali e tecnologici**

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti ha consentito di raggiungere il livello Intermedio. Sotto il profilo strutturale risultano rispettati i percorsi sporco/pulito, il rapporto lavandini /letti, la disponibilità di stanze per l'isolamento e sono presenti procedure specifiche per la sanificazione. In tutta la struttura è assicurata la disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica.

Dispenser per la soluzione idroalcolica, a disposizione di visitatori e personale, oltre che essere presenti sui carrelli per la terapia, sono collocati nelle seguenti sedi:

Il mantenimento dell'efficienza dei lavandini, ai fini del rispetto del rapporto ottimale tra numero di lavandini e posti letto, verrà assicurato attraverso un programma di manutenzione periodica.

Tab 1

<b>requisiti strutturali e tecnologici</b>	<b>R</b>	<b>T</b>
<b>Obiettivo</b> <i>a) mantenimento del rapporto lavandini/posti letto;</i> <i>b) ampliare il numero di punti di assistenza dotati di dispenser.</i>		
<b>Azione</b> <i>a) manutenzione periodica programmata dei servizi igienici;</i> <i>b) ampliamento della collocazione di dispenser nei punti di assistenza.</i>	Amm. Amm. DA/DS	12 mesi
<b>Indicatori</b> <i>a) regolare fornitura dei prodotti per l'igiene delle mani;</i> <i>b) regolare distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura;</i> <i>c) rispetto del programma di manutenzione periodica dei servizi.</i>		

Legenda: R=responsabile; T= tempo previsto per l'implementazione; Amm= Amministrazione  
 DA= Direzione Amministrativa; DS= Direttore Sanitario; R.M.=Risk Manager;

## **B) Ambito della formazione del personale**

Presso la Casa di Cura, è in programma un ampio piano di formazione per gli operatori, coinvolgendo il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP) e la Direzione Sanitaria/Risk Manager. Questo programma si focalizzerà su diversi obiettivi, tra cui la formazione degli operatori sulla prevenzione dei rischi secondo il D.lgs 81/2008, la conoscenza dei rischi nelle fasi e procedure assistenziali, e l'adesione alle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione di eventi avversi. Inoltre, si illustrerà la funzione del Risk Management nelle organizzazioni sanitarie.

Un evento specifico sarà dedicato alla prevenzione e al controllo delle infezioni nelle strutture sanitarie, con sezioni dettagliate su misure di contenimento, norme di comportamento per gli operatori sanitari, corretto utilizzo dei dispositivi di protezione e raccomandazioni per l'igiene delle mani. Il piano di formazione stabilirà tempi, modalità e il personale da coinvolgere, prevedendo anche la riedizione annuale dei corsi con gli aggiornamenti necessari.

Durante la formazione, saranno inclusi gli argomenti raccomandati dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, con particolare attenzione agli "i cinque momenti dell'igiene delle mani" e alla definizione delle "zone paziente" e "zone assistenziale".

Tab 2

<b>formazione del personale</b>	<b>R</b>	<b>T</b>
<b>Obiettivo</b> a) consolidare le conoscenze degli operatori sulle ICA; b) prevenzione delle ICA; c) accesso a corsi e materiale formativo.		
<b>Azione</b> a) riedizione di corsi di formazione aggiornati; b) stesura di un calendario dei corsi; c) rendere disponibili i Piani Regionale e Locale per l'Igiene delle mani.	DS/RM DA	12 mesi
<b>Indicatori</b> a) partecipazione degli operatori in misura non inferiore all'80%; b) distribuzione di brochure su igiene delle mani; c) Individuazione del personale da formare e degli osservatori.		

Legenda: R=responsabile; T= tempo previsto per l'implementazione; Amm= Amministrazione  
 DA= Direzione Amministrativa; DS = Direttore Sanitario; R.M.= Risk Manager

### **C) ambito del monitoraggio e feedback**

Si è consapevoli che il monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico assistenziale, mediante l'osservazione diretta, rappresenta lo strumento principale per la verifica dell'adesione degli operatori alle indicazioni del presente Piano.

Si è altrettanto consapevoli, peraltro, che tale attività richiede un impegno di risorse in termini di tempo-uomo, per cui saranno individuati operatori che di norma sono presenti nella struttura nell'arco delle ore diurne e che già svolgono funzioni di coordinamento, in collaborazione con la Direzione Sanitaria.

L'organizzazione delle attività di monitoraggio trarrà informazioni utili, oltre che dalle attività di osservazione diretta, anche da altre informazioni, come ad esempio il consumo di soluzioni alcoliche e di sapone all'interno della struttura prima o dopo l'adozione del presente Piano, la conoscenza dei cinque momenti per l'igiene delle mani, la partecipazione degli operatori alle attività formative.

Tab 3

<b>monitoraggio e feedback</b>	<b>R</b>	<b>T</b>
<b>Obiettivo</b> <i>a) verificare il livello di compliance alla pratica dell'igiene delle mani;</i> <i>b) assicurare competenze specifiche per il monitoraggio;</i> <i>c) registrare e riportare i risultati del monitoraggio agli operatori.</i>		
<b>Azione</b> <i>a) stabilire il calendario per l'avvio delle attività di valutazione;</i> <i>b) identificare i candidati per essere osservatori;</i> <i>c) restituire i risultati della valutazione agli operatori.</i>	DA DS Amm	18 mesi
<b>Indicatori</b> <i>a) definizione e formazione di una rete di osservatori;</i> <i>b) quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l'igiene delle mani utilizzata per mille giornate di degenza.</i>		

*Legenda: R=responsabile; T= tempo previsto per l'implementazione; Amm= Amministrazione  
 DA= Direzione Amministrativa; DS = Direttore Sanitario; R.M.= Risk Manager*

#### **D) ambito della comunicazione permanente**

Come già anticipato in premessa è opportuno ricordare l'importanza dell'igiene delle mani e le procedure appropriate per la sua esecuzione agli operatori sanitari sul posto di lavoro mediante locandine e brochure; tali strumenti diventano anche mezzi per informare i pazienti e i visitatori delle strutture.

Per l'occasione, anticipando l'attuazione di alcuni degli interventi previsti dal presente Piano, è stato predisposto materiale informativo, costituito da locandine e brochure, da mettere a disposizione del personale, dei pazienti, dei familiari e di eventuali visitatori delle Strutture.

Il materiale informativo è già disponibile all'interno delle strutture e ne è stata curata l'affissione nei punti di assistenza, parimenti viene effettuata la distribuzione di brochure agli operatori, agli assistiti, ed ai visitatori.

Tab 4

<b>comunicazione permanente</b>	<b>R</b>	<b>T</b>
<b>Obiettivo</b> <i>a) promuovere l'igiene delle mani attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster;</i> <i>b) rendere disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani.</i>		
<b>Azione</b> <i>a) progettare, realizzare ed esporre poster in prossimità di ogni lavandino e di ogni punto fisso di soluzione alcolica;</i> <i>b) distribuire brochure agli operatori, agli assistiti, ai familiari, ai visitatori.</i>	DS DA	Tre mesi
<b>Indicatori</b> <i>a) presenza di una o più procedure o istruzioni operative che specifichino le modalità di comunicazione della struttura sull'igiene delle mani.</i>		

*Legenda: R=responsabile; T= tempo previsto per l'implementazione; Amm= Amministrazione  
DA= Direzione Amministrativa; DS = Direttore Sanitario; R.M.= Risk Manager*

### **E) clima organizzativo e commitment**

Richiamate le considerazioni di cui al paragrafo C) l'Amministrazione valuterà la costituzione di un Team per la promozione e l'implementazione della pratica dell'igiene delle mani.

A riguardo il coinvolgimento della direzione della struttura assume un ruolo strategico nella prevenzione e nel controllo delle ICA assicurando un impegno forte, continuo e visibile.

La direzione deve attuare azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani, non escludendo la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica.

Tab 5

<b>clima organizzativo e commitment</b>	<b>R</b>	<b>T</b>
<b>Obiettivo</b> <i>a) costituire un Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani</i> <i>b) coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani</i>		
<b>Azione</b> <i>a) Stabilire riunioni regolari del Team per avere un feedback e rivedere, se necessario, il piano d'azione</i> <i>b) Avviare attività di sostegno per i pazienti mediante opuscoli informativi sull'igiene delle mani</i>	Amm DA DS	18 mesi
<b>Indicatori</b> <i>a) operatività del CCICA</i> <i>b) aggiornamento del regolamento del CCICA</i> <i>c) adozione annuale del PAICA secondo le indicazioni regionali</i>		

Legenda: R=responsabile; T= tempo previsto per l'implementazione; Amm= Amministrazione  
DA= Direzione Amministrativa; DS = Direttore Sanitario; R.M.= Risk Manager

## MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente Piano viene pubblicato in formato digitale su server aziendale per renderne i contenuti accessibili e conosciuti dal personale.

Una copia cartacea viene resa disponibile presso le medicherie di reparto.

La diffusione del documento tra gli operatori avverrà inoltre mediante incontri formativi programmati nell'ambito del piano formativo aziendale.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26\_02\_2021 -" Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani"
- Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.

- DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 “contenimento delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”.
- Ordinanza Presidente Regione Lazio N. Z00034 del 18/04/2020 “Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS – CoV -2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali.

## **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

- Rapporto Istituto Superiore di Sanità’ “Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza svolta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019: risultati per l’Italia”
- Silvio Brusaferrò - Istituto Superiore di Sanità – “L’igiene delle mani come strumento primario per la prevenzione delle ICA e nel contesto del Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza” - Giornata mondiale dell’Igiene delle mani 2019, Roma 9 maggio 2019
- Dott.ssa Maria Francesca Furmenti, Prof.ssa Carla M. Zotti - Università di Torino - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubbliche e Pediatriche “L’igiene delle mani nel nostro Paese: i dati del PPS” - Giornata mondiale dell’igiene delle mani, 2019

## **ALLEGATI**

- 1) Brochure “lavaggio mani 1”
- 2) Brochure “lavaggio mani 2”
- 3) Locandina “i cinque momenti a letto del paziente”
- 4) Locandina “i cinque momenti in caso di paziente su sedia a ruote”
- 5) Locandina “come praticare l’igiene delle mani con soluzione alcolica”
- 6) Locandina “come praticare l’igiene delle mani con acqua e sapone”