



Coop Sociale Agatos Onlus

Sede legale ed operativa: Via Richiello 2/B – 00100 Viterbo

“Struttura Residenziale Terapeutica Riabilitativa estensiva - S.R.T.R.e.
“Richiello”

PARS 2024

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS)

Revisione 02 del 26/02/2024

Ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.

	FUNZIONE E NOME	DATA	FIRMA
REDAZIONE E VERIFICA	Dott. Massimo Cerasoni (Risk Manager)	05.02.2024	
VALIDAZIONE E ADOZIONE	Delibera C.d.A. del 26.02.2024	26.02.2024	Presidente Dr. Giovanni Tassoni Vicepresidente Dr. Corrado Zucchetti Consigliere Dr.ssa Fabiana Brizi

INDICE

Dati aziendali	3
Terminologia	4
Il Piano annuale per la gestione del rischio sanitario – Introduzione.....	8
PARS - Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario.....	9
Gestione del rischio infettivo	12
Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.....	12
Descrizione della posizione assicurativa.....	14
Resoconto delle attività del piano precedente.....	14
Matrice delle responsabilità.....	17
Obiettivi e attività 2024.....	18
- Obiettivo strategico A.....	20
- Obiettivo strategico B.....	22
- Obiettivo strategico C.....	24
- Obiettivo strategico D.....	24
Modalità di diffusione del documento.....	25
Riferimenti normativi.....	25
Bibliografia e sitografia.....	27
Allegato: Piano locale lavaggio delle mani e ICA.....	28

DATI AZIENDALI

3

Aggiornamento dati al 05.02.2024

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA	S.R.T.R.e "RICHIELLO"
SEDE OPERATIVA	Via Richiello 2/b – 01100 Viterbo
ASL TERRITORIALMENTE COMPETENTE	A.S.L. VITERBO
AUTORIZZAZIONE/ACCREDITAMENTO	DCA U424 del 16/12/2014

FORMA GIURIDICA AZIENDALE	Società Cooperativa sociale ONLUS
SEDE SOCIALE	Via Richiello 2/b – 01100 Viterbo
PARTITA IVA	01597570561
N. ISCRIZIONE CCIA	VT-162186
SEDE AMMINISTRATIVA	Strada Cassia Nord Km 85
RECAPITO TELEFONICA	0761-398049
INDIRIZZO MAIL	agatos@coopagatos.it
PEC	agatoscoop@legalmail.it

ORGANI DI GOVERNO	Consiglio di amministrazione Presidente <i>Dr. Giovanni Tassoni</i> Vicepresidente <i>Dr. Corrado Zucchetti</i> Consigliere <i>Dr.ssa Fabiana Brizi</i>
LEGALE RAPPRESENTANTE	Dr. Giovanni Tassoni
RESPONSABILE SANITARIO	Dr. Massimo Cerasoni
RESPONSABILE CLINICO PROGRAMMI	Dr. Corrado Zucchetti

DATI STRUTTURALI	N. EDIFICI	MQ. SUPERFICIE	POSTI LETTO
	01	179,00	10

COMMISSIONE VALUTAZIONE RISCHIO CLINICO	
FUNZIONE	REFERENTE
Risk Manager	Dr. Massimo Cerasoni
Responsabile di Struttura	Dr.ssa Irene Mancini
Responsabile Affari Legali	Dr. Riccetti Pierguido
RSPP	Dr. Massimo Basili
Struttura di supporto	Dr. Carlo Carrer

COMMISSIONE VALUTAZIONE RISCHIO INFETTIVO	
FUNZIONE	REFERENTE
Risk Manager	Dr. Massimo Cerasoni
Responsabile di Struttura	Dr.ssa Irene Mancini
Esperto sanitario	Dr.ssa Maria Garbuggio

DATI ATTIVITA'			
ANNO	GIORNATE DI DEGENZA	UOMINI	DONNE
2023	3.540	3.119	421

STATO DELLE REVISIONI	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO - PARS	
REVISIONE 01	24/02/2023

TERMINOLOGIA

Si riporta, a seguire, la terminologia ritenuta necessaria ai fini della comprensione del PARS.

SSR	Servizio Sanitario Regionale.
PARS	Piano Annuale per la Gestione del Rischio Clinico.
PARM	Piano Annuale di Risk Management.
PAICA	Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza.
RISCHIO CLINICO	La possibilità che un paziente subisca un "danno o disagio imputabile, anche se involontario, alle cure mediche che causa un prolungamento del periodo di

	degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	Il processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.
ERRORE	Fallimento nella pianificazione e/o esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
EVENTO	Accadimento che può modificare l'andamento atteso dell'assistenza nei confronti dei pazienti o che può arrecare danno agli operatori sanitari.
EVENTO AVVERSO (Adverse event)	"Evento indesiderato, che causa un danno al paziente, che non dipende della malattia per la quale è in cura, ma è conseguenza di un esame, cura o trattamento", o "un danno involontario o complicanza che provoca inabilità, decesso, o prolunga l'ospedalizzazione ed è causato dalla gestione sanitaria e non dalla malattia del paziente" (Wilson et al 1995). Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".
EVENTO EVITATO (Near miss)	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.
EVENTO SENTINELLA	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.
RISCHIO	Condizione o evento potenziale, intrinseco o estrinseco al processo, che può modificare l'esito atteso del processo. È misurato in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore

	umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K).
SICUREZZA DEL PAZIENTE (Patient safety)	Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.
ERRORE LATENTE	Condizioni presenti nel sistema determinate da azioni o decisioni manageriali, da norme e modalità organizzative e quindi correlate ad attività compiute in tempi e spazi lontani rispetto al momento e al luogo reale dell'incidente. Un errore può restare latente nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidente solo quando si combina con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.
DANNO	Alterazione, temporanea o permanente, di una parte del corpo o di una funzione fisica o psichica (compresa la percezione del dolore).
SIMES	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità.
GOVERNO CLINICO	Sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale e che non era presente né in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
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.
FARMACOVIGILANZA	Insieme di attività finalizzate alla valutazione continuativa di tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare, per tutti i farmaci in commercio, un rapporto rischio/beneficio favorevole per la popolazione.
PUNTO DI ASSISTENZA	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o

	<p>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.</p>
FRIZIONE ANTISETTICA	<p>Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antiseptico 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 antiseptica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.</p>
BUNDLE	<p>Un bundle è un insieme contenuto (da 3 a 5) di interventi, comportamenti e/o pratiche evidence-based, rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati, congiuntamente ed in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente. Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.</p>
IGIENE OSPEDALIERA	<p>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.</p>
ANTISEPSI DELLE MANI	<p>La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antiseptica o del lavaggio antiseptico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antiseptico da applicare sulle mani insieme all'acqua.</p>
AGENTE ANTISETTICO	<p>Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli</p>

	esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e tricolosan.
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.

IL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO – PARS INTRODUZIONE

Sin dal 2019 la Regione Lazio ha posto particolare attenzione alla qualità, sicurezza delle cure e della persona assistita nelle strutture sanitarie definendo le caratteristiche del Piano annuale di Risk Management (PARM) e del Piano annuale delle Infezioni correlate all'assistenza (PAICA), documenti con i quali le singole strutture rendevano conto la propria policy su questi temi.

Successivamente, sempre all'interno di un percorso di miglioramento continuo della qualità nell'erogazione dei servizi, e, a seguito di quanto maturato nella gestione della pandemia da SARS- CoV-2, i contenuti dei due documenti sono stati ricondotti ad un unico "Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS)" con l'obiettivo di:

- favorire una visione unitaria del Rischio Sanitario
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione all'esercizio e a quelli ulteriori per l'accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Nazionale per il contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR);
- allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani;
- semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minore complessità organizzative e assistenziale supportandole nella cruciale fase del *risk assessment*.

Al fine di raggiungere questi obiettivi, la Regione Lazio, con Determinazione n. G00643 del 25 gennaio 2022, ha predisposto il “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.

PARS
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO

La redazione del PARS 2024 della Agatos Cooperativa Sociale ONLUS segue le indicazioni presenti nella Nota Regionale di cui al REGISTRO UFFICIALE.U.0091714 del 22-01-2024 e nella Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)”, e, come già sopra riportato, coniuga i documenti denominati in precedenza PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza).

Il processo culturale del PARS 2024 si inserisce in un profilo continuo di miglioramento della qualità in riferimento alle precedenti emanazioni documentali.

Il PARS redatto con il concorso, la condivisione ed il coinvolgimento attivo dei professionisti che collaborano con la Cooperativa anche al fine di ottenere una aderenza alla realtà Aziendale più ampia possibile, si basa su questi presupposti:

- diffusione di una cultura non colpevolizzante – “no-blame culture” (che non significa deresponsabilizzazione degli operatori);
- una strategia che, partendo dal principio ippocratico “*primum non nocere*”, vuole diffondere la visione dell’errore come un’occasione di apprendimento e di miglioramento;
- approccio sistemico;
- contribuire al miglioramento continuo delle prestazioni erogate.

È opportuno inoltre ribadire, che il Risk Manager è un facilitatore del cambiamento organizzativo che opera alle dirette dipendenze del Management aziendale la cui attività non può e non deve sollevare dalle specifiche responsabilità i soggetti formalmente preposti alla gestione dei processi clinico-assistenziali, comprendendo nel termine “gestione” anche gli

aspetti non direttamente di tipo sanitario ma che hanno rilevanza sull'erogazione delle prestazioni.

Rispetto a tali soggetti, il Risk Manager coordina ed armonizza l'intero sistema di governo del rischio clinico partendo però dall'assunto che ogni singolo operatore ricopre un ruolo determinante nella diffusione della cultura della sicurezza e nel successo degli interventi di gestione del rischio clinico.

La strategia definita si rifà pertanto alla necessità di passare da un sistema che subisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che, invece, gestisce i rischi, ovvero la promozione del passaggio da un sistema reattivo ad un sistema prevalentemente proattivo e preventivo.

Le attività previste nel PARS concorrono inoltre al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza e sostenibilità finanziaria.

Inoltre, il Risk Manager, in collaborazione con la Direzione aziendale, assicura anche la diffusione del PARS ai diversi livelli aziendali attraverso specifiche modalità informative quali la pubblicazione sul sito Aziendale, la presentazione del Piano nell'ambito dei corsi di formazione sul Rischio Clinico, oltre che assicurarsi che venga inviato, nei termini, al Centro Regionale Rischio Clinico all'indirizzo e-mail: crcc@regionelazio.it.

STRUMENTI

Al fine del raggiungimento degli obiettivi riportati nel PARS l'Azienda si è dotata dei seguenti strumenti:

1. nomina del Risk Manager e coinvolgimento del Gruppo analisi eventi avversi;
2. mappatura dei rischi almeno mediante i seguenti strumenti:
 - a) analisi delle segnalazioni pervenute tramite Schede di Incident Reporting o altre modalità di comunicazione;
 - b) processo interno di auditing;
 - c) indicatori ottenuti tramite Schede di Dimissione;
 - d) monitoraggio delle cartelle cliniche al fine di verificare della qualità della documentazione sanitaria;

- e) analisi dei Reclami e del grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari;
 - f) analisi del Contenzioso;
 - g) analisi del fenomeno infortunistico;
3. corsi di informazione/formazione degli operatori mirati alla diffusione della cultura della sicurezza e all'apprendimento degli strumenti e tecniche di gestione del rischio;
 4. introduzione di Buone Pratiche così come indicate dalle linee guida regionali, nazionali ed internazionali;
 5. attività di informazione ai cittadini e caregivers;
 6. definizione della matrice delle responsabilità delle figure coinvolte previste dal PARM. In particolare, il Risk Manager, che ha la responsabilità complessiva di coordinamento del PARS, agirà in piena autonomia decisionale e risponderà del proprio operato al Management aziendale.

GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

La COMMISSIONE VALUTAZIONE RISCHIO INFETTIVO ha le seguenti funzioni:

12

- elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.);
- promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale;
- validare e diffondere protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel processo di cure;
- monitorare l'applicazione delle linee guida e di protocolli mirati per il controllo delle ICA.

Gli effetti attesi dall'istituzione di un rigoroso programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA sono:

- il miglioramento delle qualità dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- la riduzione delle richieste di risarcimento;

RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'art. 2 c. 5 della L. 24/2017, tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una "relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria".

Nell'anno 2023 non si sono evidenziati eventi avversi come si evince dalla tabella sotto riportata ed è sufficiente, pertanto, a soddisfare il bisogno informativo richiesto (Rif. Determinazione N. G00164 del 11/01/2019.-Regione Lazio)

Al fine di ottemperare a tale obbligo viene predisposta la seguente tabella e la conseguente relazione che dettaglia i risultati ottenuti:

Tipo di evento	N. (e % sultotale degli eventi)	Principali fattori (B) causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss ^(A)	0	Strutturali (0%)	Strutturali (0%)	Sistemi di
Eventi Avversi ^(A)	0	Tecnologici (0%)	Tecnologiche (0%)	reporting (0%)
Eventi Sentinella ^(A)	0	Organizzativi (0%)	Organizzative (0%)	Sinistri (0%)
		Procedure/Comunicazione (0%)	Procedure/Comunicazione (0%)	Farmacovigilanza. (0%) ICA (0%)

^(A): riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.

^(B): I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul cloud regionale.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "tutte le strutture pubbliche e private rendono disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Al fine di ottemperare a tale obbligo viene redatta la tabella seguente.

Anno	Anno evento	Sinistri aperti (A)	Sinistri erogati (A)	Importo liquidato
2019	0	0	0	0
2020	0	0	0	0
2021	0	0	0	0
2022	2	0	0	0
2023	0	2	2	€ 23.688,31

(A): vanno 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.).

DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

14

La Cooperativa ha stipulato nuova apposita polizza assicurativa secondo quanto previsto dalla Legge 08/03/2017 n. 24 in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Anno	Polizza scadenza Dal al	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2022	30/03/2021 – 30/03/2022	Italiana Assicurazione S.p.a.	€ 6.501,60	€ 3.000,00	No
2023	30/03/2022 – 30/03/2023	Italiana Assicurazione S.p.a.	€ 6.501,60	€ 3.000,00	No
2024	30/03/2023 – 30/03/2024	Italiana Assicurazione S.p.a.	€ 6.501,60	€ 3.000,00	No
2024	Dal 30/03/2024	In corso di stipula			

RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE

Di seguito vengono riportate le attività svolte a livello aziendale nell'anno 2023 relativamente al Rischio Sanitario come riportate nel PARS 2023

OBIETTIVO A)	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo		
<p style="text-align: center;">Attività 1</p> <p style="text-align: center;">PROGRAMMATA</p> <p>➤ Progettazione e realizzazione del corso di formazione per gli operatori "sulle modalità di conduzione delle attività comunitarie, con specifici utilizzi</p>	SI	Raggiunto lo standard di partecipazione previsto. Effettuato il corso nei tempi previsti.

di buone pratiche per diminuire il rischio da infezioni trasmissibili per via aerea (Es. Covid-19, virus influenza, etc.)		
<p align="center">OBIETTIVO B)</p> <p>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.</p>		
<p align="center">Attività 1</p> <p align="center">PROGRAMMATA</p> <p>➤ Progettare ed erogare corso di formazione per gli operatori con la finalità di "Gestione di rabbia e frustrazione nei pazienti durante le attività aggregative".</p>	SI	Raggiunto lo standard di partecipazione previsto. Effettuato il corso nei tempi previsti.
<p align="center">Attività 2</p> <p align="center">PROGRAMMATA</p> <p>➤ Progettare ed erogare corso di formazione ad operatori su: "Organizzazione di uscite/gite/attività fuori struttura, con focus su ripartizione compiti e responsabilità del gruppo terapeutico".</p>	SI	Raggiunto lo standard di partecipazione previsto. Effettuato il corso nei tempi previsti.
<p align="center">OBIETTIVO C)</p> <p>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</p>		

<p>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.</p>		
<p style="text-align: center;">Attività 1 PROGRAMMATA</p> <p>➤ Formazione specifica per “Osservatore” per le modalità di compilazione del “Questionario di follow-up sulla percezione degli operatori sanitari” + “Questionario sulla percezione degli operatori sanitari” + “Questionario sulla percezione dei responsabili di reparto e dei coordinatori infermieristici”</p>	SI	Corso effettuato nei tempi previsti
<p style="text-align: center;">OBIETTIVO D)</p> <p>Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).</p>		
<p style="text-align: center;">Attività 1 PROGRAMMATA</p> <p>➤ Eseguire monitoraggio e raccolta dati sul flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE.</p>	SI	Emerso dati epidemiologicamente non rilevanti.

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

17

La redazione del PARS riconosce le seguenti specifiche responsabilità:

- Risk Manager: colui che redige e promuove lo stesso tenendo nel debito conto le Linee Guida nazionali, Regionali e Aziendali in materia di Rischi Sanitario e ne monitorizza l'implementazione, comprese le attività relative al Rischio Infettivo.
Garantisce l'invio del PARSD al CRRC.
- Legale rappresentante: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa.
- Il Consiglio di amministrazione: si impegna ad adottare il Piano con deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentirne l'invio al CRRC entro la fine del mese di febbraio di ogni anno; si impegna, inoltre, a fornire alla organizzazione aziendale le risorse e le opportunità direttive per la concreta realizzazione delle attività previste dal Piano.

Nella sezione non vengono elencate le responsabilità delle singole azioni previste nelle attività ma solo quelle relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Di seguito la matrice delle responsabilità.

Azione	Risk Manager	Consiglio Amministrazione/Legale Rappresentante	Responsabile Struttura	Direttore Sanitario/Medico Responsabile	Resp. Affari Legali
Redazione PARS	R	C	C	R	C
Adozione PARS	I	R	I	I	I
Monitoraggio PARS	R	I	C	R	C

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

La stesura del PARS e la sua effettiva applicazione con la partecipazione attiva di tutte le figure professionali che operano nella cooperativa e la comunicazione tra i diversi soggetti aziendali, contribuisce alla formazione della cultura della sicurezza delle cure per il contenimento degli eventi avversi e al miglioramento della qualità della sicurezza delle prestazioni erogate a favore dell'utenza.

Gli interventi e le azioni proposte, parte integrante e sostanziale del Piano, hanno la finalità di portare in evidenza e analizzare la rischiosità intrinseca a processi e pratiche terapeutiche e assistenziali, affinché, con il concorso di tutti gli operatori, si possano adottare gli opportuni correttivi, nell'ottica di un miglioramento continuativo della qualità delle prestazioni erogate.

Il Piano si propone, quindi, di ridurre, per quanto possibile, gli errori da parte degli operatori sanitari inserendosi in una più ampia azione sistemica fatta di analisi dei principali processi, analisi dei rischi, di redazione, promozione e implementazione di Linee Guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di alcuni processi decisionali di sistema.

Le Linee Guida regionali per la redazione del PARS individua quattro obiettivi generali e nello specifico:

- A. diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo;
- 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. implementazione del Piano di intervento Regionale sull'igiene del lavaggio delle mani;
- D. promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

Per l'anno 2024, il Gruppo di lavoro sul Rischio Clinico, in coerenza anche con la mission aziendale, ha ritenuto opportuno implementare otto azioni specifiche sui quattro obiettivi ed in particolare:

Obiettivo A)

- Diffondere la cultura della sicurezza delle cure che verrà declinato nei diversi anni in una serie di attività che vanno dalla organizzazione di corsi di formazione, all'introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget delle singole attività, all'utilizzo di sistemi informativi per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie.

Obiettivo B)

- Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa che si articolerà nella progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di risk assesment (come l'Incident Reporting, il Safety WalkRound, l'analisi delle cartelle cliniche, il risk analysis - come l'utilizzo degli audit di rischio clinico); nell'elaborazione o revisione di procedure volte al recepimento di documenti nazionali e internazionali o, ancora, in attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti o di umanizzazione delle cure.

Obiettivo C)

- 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.

Obiettivo D)

- Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

Per ogni attività verrà definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere.

In relazione alla sua complessità, ogni attività andrà scomposta in una o più azioni elementari che verranno declinate in una matrice delle responsabilità specifica. Le attività che si sviluppano su un arco temporale pluriennale sono declinate e sviluppate comunque per singolo anno.

Obiettivo strategico A

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo

ATTIVITA 1:

Diffusione del PARS 2024 a tutti gli operatori sanitari

INDICATORE: Invio a mezzo mail personale o consegna personalmente, presentazione nella Struttura a cura del Risk Manager e pubblicazione sul sito Aziendale

STANDARD: 100% degli operatori sanitari

FONTE: UO Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

Risk Manager	Responsabile di struttura	Struttura amministrativa	Direzione cooperativa
R	C	C	C

Legenda: R=Responsabile C= Coinvolto I: Interessato

ATTIVITA 2:

Progettazione e realizzazione di una sessione formativa sul tema della sicurezza delle cure con particolare riferimento alla gestione della terapia farmacologica:

- documento di indirizzo regionale sulla sicurezza della terapia farmacologica elaborato dalla Regione Lazio;
- raccomandazione Ministero della Salute n. 7 sulla prevenzione degli errori nella terapia farmacologica;
- raccomandazione Ministero della Salute n. 18 sull'uso di sigle e acronimi;

INDICATORE:

Realizzazione di una azione formativa entro il 31/12/2024

Partecipazione degli operatori sanitari

STANDARD:

Una sessione formativa

Range di accettabilità dei partecipanti: 85% - 90% degli operatori sanitari

FONTE: UO Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Risk Manager	Struttura amministrativa	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Realizzazione del corso	R	C	C

Legenda: R=Responsabile C= Coinvolto I: Interessato

ATTIVITA 3:

Progettazione e realizzazione di una sessione formativa sul tema della sicurezza delle cure con particolare riferimento alla gestione della terapia farmacologica:

- raccomandazione Ministero della Salute n. 17 sulla riconciliazione farmacologica;
- raccomandazione Ministero della Salute n. 19 sulla manipolazione di forme orali;
- raccomandazione Ministero della Salute n. 12 sui farmaci LASA

INDICATORE:			
Realizzazione di una azione formativa entro il 31/12/2024			
Partecipazione degli operatori sanitari			
STANDARD:			
Una sessione formativa			
Range di accettabilità dei partecipanti: 85% - 90% degli operatori sanitari			
FONTE: UO Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Risk Manager	Struttura amministrativa	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Realizzazione del corso	R	C	C

Legenda: R=Responsabile C= Coinvolto I: Interessato

Obiettivo strategico 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

ATTIVITA 1:

Progettazione e realizzazione di una sessione formativa su: Corso su indicatori e descrittori del Rischio Clinico.

INDICATORE:

Realizzazione di una azione formativa entro il 30/06/2024
Partecipazione degli operatori sanitari

STANDARD:

Una sessione formativa
Range di accettabilità dei partecipanti: 85% - 90% degli operatori sanitari

FONTE: Dirigente sanitario

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Risk Manager	Struttura amministrativa	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Realizzazione del corso	R	C	C

Legenda: R=Responsabile C= Coinvolto I: Interessato

ATTIVITA 2:

Progettazione e realizzazione di una Istruzione Operativa sulla Prevenzione del rischio suicidario.

INDICATORE:

Realizzazione e implementazione di una Istruzione Operativa su: Prevenzione del Rischio Suicidario entro il 30/09/2024

STANDARD:

Realizzazione Istruzione Operativa Rischio suicidario

FONTE: Risk Manager

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Risk Manager	Struttura amministrativa	Struttura di supporto
Redazione Ist. Op.	C	C	R
Approvazione Ist. Op.	R	C	C
Implementazione Ist. Op.	R	C	C

Legenda: R=Responsabile C= Coinvolto I: Interessato

ATTIVITA 3:

Progettazione e realizzazione di una prima sessione formativa su: Valutazione e prevenzione del rischio suicidario.

INDICATORE:

Realizzazione di una azione formativa entro il 31/12/2024

Partecipazione degli operatori sanitari

STANDARD:

Una sessione formativa

Range di accettabilità dei partecipanti: 85% - 90% degli operatori sanitari

FONTE: Dirigente sanitario

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Risk Manager	Struttura amministrativa	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	R	C	C
Realizzazione del corso	R	C	C

Legenda: R=Responsabile C= Coinvolto I: Interessato

Obiettivo strategico C
Implementazione del Piano Regionale Igiene delle mani

ATTIVITA 1:
 Formazione sul campo per operatori ed utenti

INDICATORE:
 Realizzazione di una azione formativa sul campo entro il 31/07/2024
 Partecipazione degli operatori sanitari e utenti

STANDARD:
 Una sessione formativa
 Range di accettabilità dei partecipanti: oltre il 90% degli operatori sanitari e utenti

FONTE: Dirigente sanitario

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Risk Manager	Dirigente sanitario	Responsabile Formazione
Progettazione del corso	C	R	C
Realizzazione del corso	C	R	C

Legenda: R=Responsabile C= Coinvolto I: Interessato

Obiettivo strategico D
 Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

ATTIVITA 1:
 Prevenzione e controllo infezioni da Clostridium difficile

INDICATORE:
 Numero episodi da infezione Clostridium difficile

STANDARD: nessun episodio

FONTE: Cartelle cliniche

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
	Direttore sanitario	Risk Manager	Infermiere
Compilazione cartelle cliniche	R	C	C
Analisi cartelle cliniche	C	R	C

Legenda: R=Responsabile C= Coinvolto I: Interessato

MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Le modalità di diffusione del presente PARS sono:

- a. Pubblicazione sul sito web istituzionale
- b. Presentazione all'Organo di amministrazione della Società;
- c. Invio al Centro Regionale del Rischio Clinico (CRRC)
- d. Deposito di una copia cartacea presso la Struttura a disposizione degli operatori e presso l'amministrazione aziendale.
- e. Implementazione dell'attività n.1 relativa all'Obiettivo A)

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
3. 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";
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;

6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
8. DM 24 luglio 1995: "Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale" GU n. 263, 10 novembre 1995;
9. Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 - DPR 23 luglio 1998: individua la prevenzione delle infezioni ospedaliere come un'area prioritaria d'intervento;
10. PSN 2003-2005, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione, la sorveglianza delle infezioni nosocomiali e di quelle a trasmissione iatrogena;
11. PSN 2006-2008, prevede, tra gli obiettivi mirati a controllare le malattie infettive, la sorveglianza e il controllo delle complicità infettive legate all'assistenza sanitaria;
12. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008;
13. Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131;
14. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
15. DPR del 14 gennaio 1997 requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
16. Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"
17. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
18. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante 'Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
19. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";
20. 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";
21. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017;
22. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";

23. 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".
24. Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)"
25. Determinazione Regione Lazio n. 16501 del 28/11/2022 "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Rigby K, Clark RB, Runcinean WB: Adverse events in health care: setting priorities based on economic evaluation; 1999; J Qual Clin Practice, 19:7-12;
2. Rosenthal MM, Sutcliffe KM eds; "Medical error. What do we know? What do we do?" 2002 Jossey Bass;
3. Reason J, Human errors: models and management, 2000 BMJ; 320;
4. Reason J, Carthey J, de Leval MR, Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective Risk management; 2001; Quality in health care; Dec; 10 Suppl 2; 21-51;
5. Vincent C; Clinical Risk Management Enhancing patient safety; II Ed. London 2001; BMJ Publications;
6. A cura di Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III –Ministero della Salute-, Manuale per la formazione degli operatori sanitari;
7. Barberio Roberto, De Masi Ercole, Sirotti Gaudenzi Andrea: Rischio Clinico e mediazione nel contenzioso giudiziario; Maggioli Editori, 2013;
8. Bizzarri Giancarlo, Farina Massimo: Strategia e gestione del rischio clinico nelle organizzazioni sanitarie. Approcci, modalità, strumenti e risultati; Franco Angeli Editore, 2012;
9. Fiorani Matteo, Forgeschi Guglielmo, La gestione del Rischio clinico. Dalla consapevolezza alla sicurezza, La Feltrinelli, 2009; <http://www.slowmedicine.it/>;

RECEPIMENTO DEL PIANO REGIONALE SULL' IGIENE DELLE MANI E PIANO DI AZIONE LOCALE

(Regione Lazio determinazione n° G02044 del 26 febbraio 2021 pubblicata su BUR n°22 Supplemento 2 del 2 marzo 2021)

SOMMARIO

PREMESSA28

GLOSSARIO.....31

STATO DELL'ARTE.....31

Piano di azione locale per l'anno 2024 con implementazioni32

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI.....32

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE.....33

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK.....33

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE.....34

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT.....34

1 PREMESSA

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura.

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

Le cause sono molteplici, fra le principali ricordiamo:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi; gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili;
- l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunodepressione) o la presenza di altre gravi patologie concomitanti;

- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale;

- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA. I dati più recenti relativi all'impatto epidemiologico delle ICA provengono da uno studio di prevalenza condotto negli ospedali italiani per acuti, secondo il protocollo dell'ECDC nel periodo 2016-2017, dal quale è emerso che la prevalenza di pazienti con almeno una infezione correlata all'assistenza, inteso come il numero di pazienti con almeno una ICA sul totale dei pazienti eleggibili, era del 8,03%. Questo valore era leggermente più elevato rispetto alla media europea del 7%.

Le ICA rappresentano uno dei principali problemi per la sicurezza dei pazienti, e hanno un impatto clinico ed economico rilevante per i servizi sanitari, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano: prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, una significativa mortalità in eccesso. Si stima che il costo di un'infezione da microrganismi multiresistenti vari da 8.500 a 34.000 euro e che le ICA nel loro insieme possono arrivare a rappresentare quasi il 5% del budget annuale degli ospedali pubblici.

Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione (Infection Prevention and Control, IPC), si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%.

Fra questi interventi la corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente. Purtroppo, il livello di adesione a questa pratica è, spesso, inaccettabilmente, basso. In letteratura è riportata un'adesione inferiore al 40% nelle strutture sanitarie in cui non sono stati implementati appositi programmi di sensibilizzazione.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione.

La Regione Lazio con determinazione n° G02044 del 26 febbraio 2021 ha adottato il Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani. L'obiettivo del documento è quello di definire un bundle di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta alle organizzazioni sanitarie di elaborare un piano di azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base del documento OMS Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions.

E' suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani per un efficace governo del rischio infettivo; le cinque sezioni sono:

30

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. 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.

Sulla base del punteggio ottenuto in ogni singola sezione, le Strutture dovranno elaborare un piano di azione di cui dovranno dare opportuna evidenza nel Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) trasmesso annualmente al CRRC, sia nel paragrafo relativo al Resoconto delle attività, sia come attività da condurre nel corso dell'anno di vigenza del PARS stesso.

Nel caso in cui l'autovalutazione di una o più sezioni raggiunga il livello INADEGUATO, le Strutture dovranno elaborare un piano di azione straordinario con azioni da implementare entro un termine massimo di tre mesi per la/le sezione/i che abbia/abbiano evidenziato tale criticità. Dal 2022 il resoconto del Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani viene inserito nel PARS.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, il questionario di autovalutazione dovrà essere compilato con cadenza almeno annuale.

2 GLOSSARIO

I termini che saranno usati di seguito sono coerenti con quanto usato in tutte le direttive ministeriali.

UOS/UOC: Unità Operativa Semplice/Unità Operativa Complessa.

Asset Ambulatoriale: zona destinata alla pratica ambulatoriale, con zone di accesso, transito e stazionamento dei pazienti, e locali di assistenza dedicati: medicheria, sala prelievi, ambulatori specialistici. I reparti sono caratterizzati da ampi corridoi e dalla presenza di dispenser di gel idroalcolico sia a piantana che a parete in entrata in ogni ambulatorio generale e specialistico.

Asset degenza: reparto di degenza ordinaria e DH/DS.

Igiene delle mani. Termine generico relativo a qualsiasi azione di pulizia delle mani.

Detergente. Composto saponoso ad azione pulente che non contiene agenti antimicrobici.

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. Prodotto a base alcolica: Prodotto destinato all'applicazione sulle mani; deve contenere etanolo o propanolo in concentrazione minima del 60%.

Lavaggio sociale: Lavaggio delle mani con acqua e detergente.

Antisepsi delle mani: Comprende sia il lavaggio antisettico che la frizione antisettica delle mani.

Lavaggio antisettico: Lavaggio delle mani con acqua e detergente contenente antisettico.

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.

3 STATO DELL'ARTE

La Comunità AGATOS ha aderito al programma raccomandato dalla Regione Lazio e la Commissione Rischio Clinico e ICA e ha preso in carico il recepimento del Piano Regionale, definendo il gruppo di lavoro, le attività correlate con la stesura del Piano di Azione Locale.

Si è pertanto sviluppato un piano ad hoc in relazione alle necessità interne, partendo da un'autovalutazione dello stato iniziale fino ad arrivare agli standard previsti dal documento regionale (entro dicembre 2024).

La struttura, inoltre, promuove le seguenti azioni:

1. Sensibilizzazione degli operatori sanitari sull'Igiene delle mani attraverso la partecipazione ad incontri formativi in presenza e a distanza mediante formazione asincrona.

2. Affissione di materiale informativo realizzato dalla Regione Lazio (posters), per promuovere il lavaggio delle mani e l'utilizzo del gel idroalcolico. I posters sono stati realizzati su supporto durevole in modo da rimanere affissi nelle aree assistenziali (degenze ed ambulatori).

3. Verifica della diffusione degli erogatori fissi o portatili (contenitori su carrelli) per l'igiene delle mani da parte del personale della Struttura, pazienti ed utenti/accompagnatori.

4. Verifica della presenza di sapone e carta asciugamani in corrispondenza di tutti i lavabi presenti nella Struttura.

Nella nostra struttura sanitaria la trasmissione di agenti patogeni da un paziente all'altro può avvenire se tra una procedura assistenziale e l'altra non si osservano determinati passaggi fondamentali atti a ridurre il potenziale microbico presente. L'uso dei guanti, se inadeguatamente usati, potrebbero dare un senso di falsa sicurezza ed essere essi stessi responsabili del trasferimento di germi da un paziente all'altro. A tal fine sono state diffuse le procedure necessarie da adottare per come indossare e rimuovere i guanti di protezione. Il cambio dei guanti tra un paziente e l'altro e dopo ogni procedura medica è obbligatorio.

Riveste, inoltre, particolare importanza l'adeguata sanificazione sia degli ambienti/superfici che l'accurata igiene delle mani, prevedendo modalità adeguate anche per tempo di applicazione e tipologia dei prodotti usati. Questi ultimi devono essere efficaci ma non abrasivi per le mani e non escludono il preliminare lavaggio con acqua e sapone. Relativamente alla procedura operativa sono state ribadite le procedure di lavaggio e/o igienizzazione delle mani (anche mediante l'affissione di poster esplicativi).

Piano di azione locale ed implementazioni

Nello specifico, sono in corso le autovalutazioni annuali ed i monitoraggi semestrali. All'interno delle formazioni svolte con gli osservatori sono state distribuite le schede di autovalutazione e le schede di monitoraggio periodico.

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Relativamente agli indicatori di struttura si procederà come di seguito:

Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani: i prodotti consistono in gel igienizzanti e sapone per le mani. La Direzione provvede, su richiesta dell'infermiere. La struttura dispone al proprio interno di una piccola riserva di prodotti.

Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani: i prodotti per l'igiene delle mani una volta acquistati saranno consegnati nei reparti/servizi. Si procederà settimanalmente in orari e giorni prestabiliti alla distribuzione dei prodotti.

Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser: con periodicità stabilita il responsabile della struttura, provvederà ad una supervisione circa la funzionalità dei lavandini e dispenser dislocati nella struttura. In caso di richiesta di riparazione e/o sostituzione da parte dell'infermiera, sarà cura del

coordinatore della struttura chiamare l'idraulico al fine di provvedere al ripristino del corretto funzionamento.

Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture: Qualora vi siano carenze di forniture e/o guasti a dispenser e lavandini, l'infermiere dovrà segnalare a mezzo programma di manutenzione al servizio manutentivo, la problematica riscontrata.

Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura: i dispenser sono stati distribuiti all'interno della struttura nel rispetto del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani. Qualora vi sia la necessità di implementare il numero di dispenser sarà la Direzione Amministrativa a provvedere all'acquisto ed il coordinatore procederà all'installazione.

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

Sono in programmazione periodica incontri di formazione con gli operatori al fine di diffondere la cultura del lavaggio delle mani all'interno della struttura anche attraverso l'attività di sorveglianza e raccolta dati per il monitoraggio.

Relativamente agli indicatori si è proceduto come di seguito: tempi e modalità di erogazione della formazione: Individuazione del personale da formare (requisiti per l'arruolamento e profilo di competenze in uscita).

Il personale individuato per la formazione degli operatori è di seguito riportato: • Dott. Cerasoni Massimo

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

Relativamente agli indicatori di struttura si procederà come di seguito:

Definizione delle attività di monitoraggio della compliance degli operatori sull'igiene delle mani:

Definizione e formazione di una rete di osservatori: Gli osservatori individuati sono di seguito indicati:

- Dott. Cerasoni Massimo

Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione:

- Osservazioni a cadenza mensile.

Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell'osservazione agli operatori e alla Direzione.

- Annuale

Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nella struttura:

- Monitoraggio con cadenza trimestrale a cura del coordinatore.

Relativamente agli indicatori di processo:

- Percentuale di azioni di igiene delle mani effettuate correttamente dagli operatori sul totale delle opportunità.
- Quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l'igiene delle mani utilizzata nel corso dell'anno.

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

Nel corso dell'anno 2024 verranno pianificate ed attuate le azioni da intraprendere al fine del miglioramento e mantenimento degli obiettivi prefissati.

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura deve essere disponibile una istruzione operativa che specifichi almeno quanto segue:

- Modalità di comunicazione della struttura sull'igiene delle mani.

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Relativamente agli indicatori di struttura si procederà come di seguito:

INDICATORI DI STRUTTURA: - definizione del nuovo Gruppo Operativo sulle ICA.

Nella Struttura deve essere disponibile una istruzione operativa su:

- formazione specifica su igiene delle mani per neoassunti.

INDICATORI DI PROCESSO: Monitoraggio delle azioni previste nel PARS