

**DETERMINAZIONE n. 1 del 13 FEBBRAIO 2023**

**OGGETTO:** *Adozione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS), anno 2023.*

Il sottoscritto, Dr. Alessio Mulas, in qualità di Direttore Generale della Casa di Cura "Auxologico Roma – Buon Pastore" di Roma (cod. min. 120 301):

**VISTO** il Decreto del Commissario ad acta n. 469 del 07.11.2017 *"Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. n. 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"* in materia di Accreditamento istituzionale;

**VISTA** la Legge 08.03.2017, n. 24 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"* e ss. mm. e ii.;

**VISTO** il Decreto del Ministero della Salute dell'11.12.2009 *"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES)";*

**VISTA** la Determinazione della Regione Lazio dell'01.04.2014, 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)";*

**VISTA** la 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)";*

**VISTA** la Nota Regione Lazio prot. n. R.U. U098868 dell'01.02.2022, recante oggetto: *"Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano annuale di gestione del Rischio Clinico (PARS)";*

**VISTA** la Nota ASL Roma 1 – Area Governo della Rete UOC Accreditamento Rete di offerta prot. n. 18219 del 02.02.2022, recante oggetto: *"Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano annuale di gestione del Rischio Clinico (PARS)";*

**VISTA** la Determinazione della Regione Lazio del 26.02.2021, n. G02044 del 26.02.2021 *"Adozione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani";*

**VISTA** la Determinazione della Regione Lazio del 25.10.2016, n. G12355 *"Approvazione del documento recante "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";*

**VISTA** la Determinazione della Regione Lazio n. G09850 del 20.07.2021 *"Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella";*

**VISTA** la Determinazione della Regione Lazio del 28.11.2022, n. G016501 *“Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)”*.

**VISTA** la Determinazione della Regione Lazio del 06.11.2022, n. G015198 *“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”*.

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n. 328 del 04.11.2016 *“Approvazione delle “Linee guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”*;

**VISTA** la Determinazione della Regione Lazio del 02.02.2018, n. G01226 *“Revisione delle Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017”*;

**VISTA** la Determinazione della Regione Lazio dell’11.01.2019, n. G00163 *“Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)”*;

**VISTA** la Determinazione della Regione Lazio dell’11.01.2019, n. G00164 *“Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”*;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad acta* n. 309 del 06.07.2015 *“Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell’Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. atti 156/CSR)”* così come modificato dal Decreto del Commissario *ad acta* del 16.12.2015, n. 593 recante *“Modifica e integrazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (di cui al DCA n. U00309 del 06/07/2015) ai sensi dell’Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 (Rep. Atti n. 56/CSR) concernente il «Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento per la valutazione»”,* con particolare riferimento al Progetto 7.3 *“Contenimento delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”* di cui al Programma regionale ex DCA n. 17/2015 *“Prevenzione e controllo delle malattie infettive”*;

**VISTO** il Decreto del Commissario *ad Acta* n. 423 del 16.10.2019 *“Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020" (Rep. Atti n. 188/CSR del 02.11.2017) e istituzione del Gruppo Tecnico di Coordinamento e Monitoraggio del Piano a livello regionale”*;

**VISTE** le Raccomandazioni del Ministero della Salute dirette a offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti;

**VISTA** la Nota regionale prot. R.U. n. U0049428 del 22.01.2019, recante oggetto: *“Linee guida per l’elaborazione del Piano di Risk Management”*;

**VISTA** la Nota regionale prot. n. R.U. U0063179 del 23.01.2020, recante oggetto: *“Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2020”*;

**VISTA** la Nota regionale prot. n. R.U. U0063667 del 23.01.2020, recante oggetto: *“Comunicazioni relative all’elaborazione del PAICA 2020”*;

**VISTE** le Note regionali prot. n. R.U. U0884417 del 15.10.2020, recante oggetto *“Comunicazioni relative all’elaborazione del PARM 2021”* e prot. n. R.U. U0884520 del 15.10.2020, recante oggetto *“Comunicazioni relative all’elaborazione del PAICA 2021”*;

**VISTA** la Nota regionale prot. n. R.U. U0124752 del 02.02.2023, recante oggetto: *“Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS)”*;

**TENUTO CONTO** che, con lettera di nomina del 04.10.2021, *Auxologico Roma Srl SB* ha affidato l’incarico di *Clinical Risk Manager* della Casa di Cura *“Auxologico Roma - Buon Pastore”* al direttore sanitario, Dr. Enrico Rosati, specialista in *Igiene e Medicina preventiva* (n.o.), nel rispetto di quanto statuito dall’articolo 1, comma 540, della Legge 28 dicembre 2015, n. 208, così come modificato dall’articolo 16, comma 2, della Legge 8 marzo 2017, n. 24, secondo cui *“l’attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti ovvero medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale”*;

**PRESO ATTO** dell’approvazione all’unanimità del *Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)*, anno 2023, da parte del *Comitato clinico di Controllo del rischio sanitario, del S.G.Q. e delle Infezioni Correlate all’Assistenza* (CC-ICA), come si evince dal Verbale della Seduta del 03.02.2023 di cui alla Nota prot. n. 13/DS del 03.02.2023;

## DETERMINA

3

L’adozione del *Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario*, anno 2023, che si allega al presente atto di cui ne forma parte integrante e sostanziale, elaborato nel rispetto delle Linee guida stabilite dalla Determinazione della Regione Lazio del 25.01.2022, n. G00643 (Allegato “A”).

Tutto il personale della Struttura è tenuto, ciascuno per il proprio ambito di competenza e di responsabilità, a osservare e a far osservare quanto previsto dal PARS e ad adoperarsi con il massimo impegno affinché gli obiettivi ivi previsti vengano conseguiti.

IL DIRETTORE GENERALE  
Dr. Alessio Mulas

Alessio  
Mulas  
13.02.2023  
15:33:24  
GMT+01:00



### SI ALLEGA:

- *Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario*, anno 2023, di pag. 202 (compresi gli allegati e l’appendice).

## PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO anno 2023

---

AI SENSI DELLA LEGGE 08.03.2017, n. 24,  
ELABORATO NEL RISPETTO DELLE ISTRUZIONI STABILITE DALLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO  
n. G00643 del 25.01.2022 e della NOTA DELLA REGIONE LAZIO prot. n. R.U. U0124752 DEL 02.02.2023.

Con riferimento agli obiettivi per la gestione del rischio infettivo, si rappresenta che le attività individuate nel presente Piano sono allineate con quelle del *Piano Regionale della Prevenzione* (PRP - Piano predefinito 10 – PP10) e al *Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza* (PNCAR).



4

DATA EMISSIONE	REDATTO DA	APPROVATO DA
13.02.2023	CLINICAL RISK MANAGER (Dr. Enrico Rosati)	CC-ICA (si veda il Verbale della Seduta del 03.02.2023) Per il CC-ICA



## INDICE

A.0.	INTRODUZIONE E AMBITO DI APPLICAZIONE .....	6
A.1	CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	8
A.1.1	IL COMITATO CLINICO DI CONTROLLO DEL S.G.Q., DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA).....	9
A.2	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	11
A.3	DESCRIZIONE SINTETICA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	13
A.4	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE. ....	13
A.5	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	20
A.6	OBIETTIVI E ATTIVITÀ.....	21
A6.1	OBIETTIVI .....	21
A.6.2	ATTIVITÀ.....	21
A7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....	25
A7.1	OBIETTIVI (RISCHIO INFETTIVO) .....	25
A7.2	ATTIVITÀ (RISCHIO INFETTIVO).....	26
A.8	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	30
A.9	BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI. ....	31
	ALLEGATI E APPENDICE .....	33

## PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS), anno 2023

### A.0. INTRODUZIONE E AMBITO DI APPLICAZIONE

I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che il problema degli errori ed eventi avversi in sanità rappresenta una reale emergenza che comporta dei costi sia in termini di vite umane che economici.

La probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, viene definita come la probabilità che subisca un *“Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile”*<sup>1</sup>.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha rappresentato, in vari documenti prodotti, la necessità che sia la stessa organizzazione sanitaria a intervenire per assicurare ai pazienti l'erogazione di prestazioni altamente qualificate e sicure. L'errore è insito nei sistemi complessi e la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando i vari aspetti: il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, l'elaborazione e diffusione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza, il coinvolgimento di pazienti e cittadini, la formazione degli operatori sanitari. Tale approccio è definito come Gestione del Rischio Clinico che rappresenta un elemento di Governo Clinico, il quale viene 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”*.

6

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

- a. individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- b. elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- c. promuovere eventi di formazione per la diffusione della cultura della prevenzione dell'errore;
- d. promuovere la segnalazione dei *near misses*;
- e. 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;
- f. monitorare periodicamente e garantire un *feed-back* informativo;
- g. 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;
- h. definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione degli errori evitabili;
- i. favorire, anche attraverso opportune sperimentazioni, lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare la sicurezza.

La Regione Lazio, dapprima con la Determinazione n. G04112 dell'01.04.2014, recante oggetto: *“Linee guida di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)”* e, più di recente, per mezzo della **Determinazione n. G00643 del 25.01.2022**, ha tracciato un preciso indirizzo operativo per incrementare i livelli di sicurezza del paziente in ambito ospedaliero.

<sup>1</sup> Fonte: Glossario del Ministero della Salute.

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza).

D'altro canto, l'ospedale, diversamente da altre realtà, rappresenta un *unicum* nella sua complessità in quanto in esso interagiscono molteplici fattori che sono eterogenei e dinamici e dove intervengono moltissime variabili, come la pluralità delle prestazioni sanitarie, delle competenze dei professionisti, l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire.

In tale contesto, il rischio di incidenti e di eventi avversi è particolarmente elevato e pur non potendo essere del tutto eliminato, può altresì essere controllato con adeguate e appropriate azioni di prevenzione e rimozione dei fattori causali riprogettando un sistema organizzativo, assistenziale e clinico intrinsecamente resistente agli errori. In questo senso la gestione del Rischio Clinico costituisce un sistema di prevenzione e di contenimento dei possibili effetti dannosi degli errori cosiddetti evitabili contribuendo da una parte a migliorare la qualità delle cure sia in termini di efficacia che di efficienza e dall'altra al recupero della fiducia del paziente verso la Struttura Sanitaria.

Per identificare le diverse misure di prevenzione da attuare, notevole importanza riveste non solo l'analisi degli eventi avversi, ma anche quella dei quasi eventi o *near misses*. Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di errore e apportare le azioni correttive che miglioreranno i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

Il presupposto basilare è ritenere che l'errore deve essere considerato quale "difetto del sistema" e non del singolo professionista, pianificando e implementando programmi aziendali di gestione del rischio clinico semplici quanto efficaci.

La gestione del rischio clinico richiede pertanto un approccio di sistema e la riduzione degli errori presuppone imparare da essi e attuare misure protettive e preventive all'interno dell'organizzazione. I fattori individuali presentano certamente un peso importante nella pratica clinica, ma spesso sono altre componenti, legate all'organizzazione, che determinano il verificarsi dell'errore; per tale motivo assume importanza fondamentale identificare e segnalare qualsiasi errore, sia che esso abbia causato un evento avverso, che un *near miss*.

La Casa di Cura, su proposta del *Clinical Risk Manager* (CRM) aziendale, in recepimento della normativa nazionale e regionale di riferimento adotta, pertanto, il **Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)** sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee di indirizzo che definiscono gli obiettivi e le azioni da intraprendere per l'anno in corso, al fine del miglioramento della qualità e della prevenzione degli eventi avversi a livello aziendale. Tale documento intende valorizzare anche le iniziative intraprese in precedenza che costituiscono una prima base per la continuità delle azioni, nonché, per avviarne di nuove.

Il presente Documento, che si applica sia alla Casa di Cura che alla RSA di questa Struttura, è stato elaborato considerando le indicazioni contenute nella sezione "A" della Determinazione regionale n. G00643 del 25.01.2022, in armonia con quanto stabilito dal paragrafo B.O. "Ambito di applicazione" del medesimo provvedimento normativo<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> "Rientrano nell'ambito di applicazione della sezione "B" solo le strutture che costituiscono presidi autonomi. Sono pertanto escluse le strutture che, pur rientrando nell'elenco di cui al punto B1, sono da ritenersi articolazioni organizzative di strutture polifunzionali che erogano prestazioni rientranti nel punto A1 come, ad esempio, una RSA che sia all'interno di una struttura che prevede anche un reparto di lungodegenza: in questo caso il PARS dovrà essere elaborato secondo le indicazioni contenute nella sezione A".

## A.1 CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Casa di Cura “Auxologico Roma - Buon Pastore” è una struttura sanitaria specializzata nell’assistenza in fase di post-acuzie, compresa quella finalizzata al recupero funzionale e riabilitativo, caratterizzandosi per una particolare vocazione alla gestione del paziente geriatrico e “fragile”, fin dalla sua fondazione.

La Struttura è ubicata nel XIII Municipio di Roma di competenza territoriale dell’ASL Roma 1, nel quartiere di Montespaccato (superficie 0,5181 km<sup>2</sup>, ab. 6.451, densità 12.451,26 ab./km<sup>2</sup>).

Ai sensi e per effetto della DGR n. 470 del 20.07.2021, la Casa di Cura, accreditata istituzionalmente con il SSR/SSN, è articolata sotto il profilo organizzativo nei seguenti *setting* assistenziali:

- n. 41 (quarantuno) posti letto in regime di ricovero ordinario per la specialità di *Recupero e Riabilitazione funzionale*, cod. 56;
  - n. 4 (quattro) posti letto in regime di ricovero diurno per la specialità di *Recupero e Riabilitazione funzionale*, cod. 56;
  - n. 47 (quarantasette) posti letto in regime di ricovero ordinario per la specialità di Lungodegenza medica, cod. 60;
  - n. 100 (cento) posti ospite di Residenza Sanitaria Assistita (mantenimento di tipo “Alto”, con possibilità di accesso anche per ospiti per mantenimento di tipo “Basso” nei limiti normativamente previsti);
  - n. 10 (dieci) posti ospite afferenti a un Nucleo di Assistenza Residenziale di tipo Intensivo;
- per un totale complessivo di n. 202 (duecentodue) posti letto.

DATI STRUTTURALI AL 31.12.2022			
Posti letto ordinari	198	Recupero funzionale e Riabilitazione, cod. 56	41
		Lungodegenza medica, cod. 60	47
		RSA trattamento mantenimento alto	100
		RSA trattamento intensivo	10
Posti letto diurni	4	Recupero funzionale e Riabilitazione, cod. 56	4
<b>Totale</b>	<b>202</b>		

Si riportano, di seguito, i volumi di attività della struttura sanitaria, in termini di episodi di ricovero, relativi all’ultimo quinquennio:

DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI AL 31.12.2022					
Casa di Cura – episodi di ricovero	2018*	2019*	2020*	2021**	2022***
Recupero funzionale e Riabilitazione, regime ordinario, cod. 56	487	492	433	415	418
Recupero funzionale e Riabilitazione, regime diurno, cod. 56	99	98	50	49	67
Lungodegenza medica post-acuzie, cod. 60	405	400	310	364	414

\*Attività riguardante la precedente gestione/denominazione della Struttura (Casa di Cura “Ancelle Francescane del Buon Pastore”, cod. min. 120 179 00, gestita dall’omonimo Ente morale/Congregazione religiosa).

\*\*Attività riguardante l’intero anno solare 2021. Occorre tener conto, tuttavia che, a partire dal 22.07.2021, per effetto della DGR n. 470/2021, la Struttura ha assunto la denominazione di Casa di Cura “Auxologico Roma – Buon Pastore” (cod. min. 120 301 00), gestita dalla Auxologico Roma Srl SB.

\*\*\*Attività riguardante esclusivamente la Casa di Cura “Auxologico Roma – Buon Pastore” (cod. min. 120 301 00), gestita dalla Auxologico Roma Srl SB.

Per quanto riguarda la RSA, nel 2022, si sono registrati n. 80 nuovi ingressi e n. 70 dimissioni per la tipologia di trattamento “Mantenimento” e n. 5 nuovi ingressi e n. 5 dimissioni per il Nucleo Assistenziale Residenziale Intensivo (NARI).

## A.1.1 IL COMITATO CLINICO DI CONTROLLO DEL S.G.Q., DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA).

Per quanto attiene al *clinical risk management* la struttura è organizzata in una *Direzione sanitaria* che, nel rispetto della normativa vigente, vigila e promuove specifiche azioni di prevenzione e gestione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e in un *Comitato clinico di Controllo del S.G.Q., del rischio clinico e delle Infezioni correlate all'Assistenza* (CC-ICA), che rappresenta un organo tecnico e di supporto alle attività di quest'ultima, nonché, di promozione di campagne tese al contenimento della diffusione di patologie infettive all'interno del complesso socio-sanitario, istituito in data 05.10.2021, ai sensi della Circolare del Ministero della Sanità n. 52/1985 “Lotta contro le infezioni ospedaliere” (pf. 2.1) - si veda Nota prot. n. 10/DS del 05.10.2021.

Così come previsto dal *Regolamento interno di organizzazione, gestione e controllo delle macro attività e del S.G.Q.*, il CC-ICA è composto dalle seguenti figure: “*Direttore sanitario, Responsabile del coordinamento delle attività di gestione del rischio sanitario ex Legge 28 dicembre 2015, n. 208 e ss. mm. e ii. (Clinical Risk Manager)*”, *Responsabili Medici, Dirigenti medici di UU.OO., Coordinatori Infermieristici, Coordinatori del personale tecnico-sanitario di riabilitazione, Responsabile/Referenti per la Qualità, altri componenti indicati dalla direzione sanitaria, ritenuti da quest'ultima funzionali, di volta in volta, per lo svolgimento delle ordinarie attività del Comitato stesso*”.

9

Le principali attività del CC-ICA sono quelle di coadiuvare la Direzione fornendo un supporto tecnico-scientifico per progetti finalizzati all'implementazione di linee guida e raccomandazioni scientifiche, di procedure e protocolli inerenti al ciclo assistenziale, alla gestione del Sistema Qualità aziendale e del rischio clinico e la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

Il CC-ICA presiede anche alle attività di valutazione degli esiti di miglioramento della qualità e approva il *Piano Annuale di gestione del Rischio sanitario (PARS)* che garantisce, tra l'altro, il monitoraggio, oltre che delle ICA, anche degli eventi avversi/eventi sentinella/*near misses*/segnalazioni cadute e degli indicatori di attività, qualità ed esito. Ulteriore finalità del CC-ICA è quella di agevolare la diffusione e l'utilizzo delle linee guida/protocolli/*panel* predisposti dalle Società scientifiche o da gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Inoltre, contribuisce affinché vengano predisposte con gli operatori documenti, istruzioni, raccomandazioni e regolamenti orientati al miglioramento continuo dei processi di assistenza, diagnosi e cura.

In sintesi, sulla base della normativa vigente e dei documenti di indirizzo regionali adottati, le principali funzioni del CC-ICA, a supporto e in condivisione con il direttore sanitario, sono così sintetizzabili:

- a. Definizione della strategia di lotta alle ICA all'interno della specifica sezione del Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS), in armonia con gli obiettivi generali definiti a livello regionale.
- b. Monitoraggio dell'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo delle ICA e valutazione della loro efficacia.
- c. Promozione di interventi di formazione sul tema delle ICA.
- d. Promozione di indagini annuali di prevalenza delle ICA e diffusione agli operatori dei risultati ottenuti.
- e. Predisposizione di procedure/istruzioni operative in collaborazione con i clinici.

---

<sup>3</sup> Il CRM è anche il Presidente del CC-ICA.

Nell'ambito del CC-ICA è stato istituito un sottogruppo tecnico di *Antimicrobial Stewardship* per la costante promozione di un uso responsabile e appropriato degli antibiotici, il cui Piano di attività comprende le seguenti principali linee di azione:

- adozione di regole e raccomandazioni sull'uso degli antibiotici;
- individuazione di indicatori e metodi di monitoraggio dell'uso degli antibiotici;
- previsione di una reportistica periodica sull'uso di antibiotici;
- audit sull'uso degli antibiotici;
- interventi di formazione del personale sanitario sull'uso corretto degli antibiotici.

Il CC-ICA, ai sensi della normativa vigente, è tenuto a riunirsi almeno n. 4 (quattro) volte nell'arco dell'anno solare.

Sotto il profilo organizzativo della Struttura si evidenzia, inoltre che:

- Gli esami di diagnostica e colturali per l'individuazione delle ICA vengono effettuati dal D.to di "Scienze di Laboratorio e infettivologiche. Microbiologia e Virologia" del Policlinico Universitario Fondazione IRCSS "Agostino Gemelli" di Roma (attività in *service*), il cui produttore del Laboratory Information System (LIS) impiegato per la gestione delle analisi microbiologiche è il DNLab Noemalife.
- La Casa di Cura ha stipulato una convenzione con l'INMI "Lazzaro Spallanzani" di Roma per la sorveglianza sanitaria sulle infezioni da *Mycobacterium tuberculosis* ovvero altre patologie infettive anche di origine non nosocomiale.
- La sorveglianza per la legionellosi è curata da una ditta esterna che utilizza quale sistema principale di prevenzione l'immissione nell'impianto idrico di un prodotto a base di biossido di cloro stabile.
- La Direzione Sanitaria, nell'ambito delle attività regionali di sorveglianza sanitaria, è in contatto diretto con il Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle Malattie Infettive (SeRESMi).
- La struttura sanitaria è dotata di una stanza di isolamento e adotta specifiche procedure/ protocolli/istruzioni operative per la prevenzione e la gestione delle patologie infettive.
- In tutta la struttura sono stati posizionati circa n. 200 dispenser di gel idroalcolico, con sistema "a cartuccia", in corrispondenza di ciascun posto letto/punto di assistenza (Casa di Cura e RSA), oltre a circa n. 50 dispenser di soluzione idroalcolica per il lavaggio delle mani collocati nelle aree comuni.
- In tutte le UU.OO. della Casa di Cura e della RSA, nonché, in diverse aree comuni, compreso l'ingresso principale della struttura, sono stati affissi complessivamente n. 50 poster in forex della grandezza di 100 cm x 70 cm, riguardanti i seguenti temi:
  - ✓ come lavarsi le mani con acqua e sapone (come da indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS/WHO);
  - ✓ come frizionare le mani con la soluzione alcoolica (come da indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS/WHO);
  - ✓ i 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani (come da indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS/WHO);
  - ✓ l'importanza dell'etichetta respiratoria e i principali comportamenti da seguire per contrastare la diffusione delle patologie infettive, in generale, e del virus Sars-CoV-2, in particolare.

Analogo materiale informativo è costantemente rappresentato, inoltre, anche sul maxi schermo posizionato in prossimità dell'ingresso principale della Casa di Cura, attraverso una serie di immagini sequenziali riguardanti i succitati argomenti, e che costituiscono un video periodicamente aggiornato dal *Clinical Risk Manager* della Struttura.

## Sorveglianza e monitoraggio delle ICA e degli eventi sentinella/eventi avversi di natura infettiva.

Premesso che per Infezione Correlata all'Assistenza (ICA) si definisce *“l'infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non era manifesta né in incubazione al momento del ricovero. Ciò vale anche per le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e per le infezioni occupazionali tra il personale della struttura”* (WHO), l'organizzazione sanitaria, ai fini di ottemperare al Decreto del Ministero della Salute del 15.12.1990 recante oggetto: *“Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive”* (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'8 gennaio 1991, n. 6), è tenuta a comunicare alla Direzione Sanitaria - entro le tempistiche e le modalità previste per legge - ogni caso di accertata prima diagnosi di ICA che si dovesse verificare all'interno del complesso sanitario e socio-sanitario, impiegando l'apposita Scheda di segnalazione delle infezioni, CDC\_MOD\_ica, rev. 01 (**allegato n. 1**: si veda anche Nota prot. n. 84/DS del 06.12.2022).

L'organizzazione sanitaria è inoltre al corrente che, qualora l'evento infettivo dovesse presentare le caratteristiche di evento avverso/evento sentinella dovrà inoltrare la segnalazione anche al *Clinical Risk Manager* per le trasmissioni del caso, utilizzando la Scheda di *“segnalazione (incident reporting) di evento sentinella/evento avverso/near miss (quasi evento) e/o di caduta con danno (evento avverso) o senza danno (near miss)”*, (CDC\_MOD\_ire, rev. 01), valida ai fini dell'inserimento, nella piattaforma LAIT/SIMES<sup>4</sup>, degli incidenti verificatisi all'interno della struttura in ossequio agli adempimenti previsti dalla normativa vigente (**allegato n. 2**. Si veda anche Nota prot. n. 80/DS del 23.11.2022).

## A.2 RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.

(eventi occorsi dall'01.01.2022 al 31.12.2022; ricognizione eseguita ai sensi dell'art. 2, comma 5 della Legge n. 24/2017).

Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi ci si è attenuti al documento *“Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella”*, adottato con Determinazione regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016, e, da ultimo, alla **Determinazione regionale n. G09850 del 20.07.2021 “Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”**.

A partire dall'01.01.2022 fino al 31.12.2022 sono stati registrati complessivamente n. 56 (cinquantasei) eventi da trasmettere sul portale regionale LAIT/SAIMES del rischio clinico mediante la già citata Scheda di *incident reporting* (CDC\_MOD\_ire) adottata dall'organizzazione.

Di questi n. 56 eventi, n. 28 (50,0%) sono stati classificati come *near misses* o quasi eventi e n. 28 (50,0%) si riferiscono, invece, a eventi avversi di cui n. 1 caso di *adverse drug reaction* (ADR).

Non sono stati rilevati casi di eventi sentinella.

I principali fattori causali/contribuenti sono da ascrivere a ragioni connesse alla mancata osservanza di procedure/non corretta comunicazione tra operatore e paziente (n=26; 46,4%) e a cause organizzative come, a esempio, la mancata vigilanza (n=30; 53,6%).

Nessun evento è stato ascritto a motivazioni di natura strutturale o tecnologica.

La distribuzione per tipologia di evento e principali fattori causali/contribuenti vengono riportati nella successiva Tabella.

---

<sup>4</sup> Il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella e alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.



PUNTO A.2, TABELLA 5 – EVENTI SEGNALATI NEL 2022, AI SENSI DELL'ART. 2, CO. 5 DELLA LEGGE 08.03.2017, N. 24  
EX DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G00643 DEL 25.01.2022.

Tipo di evento <sup>5</sup>	N. e % sul totale degli eventi	Principali fattori causali/ contribuenti	Azioni migliorative	Fonte del dato
<i>Near Misses</i>	28 (50,0%) di cui n. 27 cadute accidentali senza danno e n. 1 incidente.	Strutturali (n= 0; 0,0 %); Tecnologici (n=0; 0,0%); Organizzativi (n=30; 53,6%); Procedure/ Comunicazione (n=26; 46,4%).	Si veda pf. A.4.	Sistemi di <i>reporting</i> (100 %); Sinistri (0 %); Emovigilanza (0 %); Farmacovig. (0 %); Dispositivovig. (0 %).
Eventi Avversi	28 (50,0%) di cui n. 27 cadute accidentali con danno lieve (n. 23) e moderato (n. 4) e n. 1 ADR (per errata somministrazione di terapia farmacologica).			
Eventi Sentinella	0 (0%)			

In particolare, i casi classificati come *near misses* (n=28) sono imputabili quasi esclusivamente all'evento "*caduta accidentale senza danno*" (n=27), oltre a n. 1 caso di errata applicazione dell'etichetta identificativa su di un campione ematico a un paziente che, tuttavia, non ha comportato conseguenze; dei n. 28 casi di *evento avverso* registrati, invece, n. 23 sono ascrivibili a "*caduta accidentale con danno lieve*" (per esempio, ecchimosi, contusione, ferita lacero-contusa senza sanguinamento rilevante) e n. 4 a "*caduta accidentale con danno moderato*" (per esempio, trauma cranico).

Si segnala, infine, tra gli eventi avversi n. 1 caso di ADR dovuto all'errata somministrazione di un farmaco.

PUNTO A.2, TABELLA 6 – SINISTROSITÀ E RISARCIMENTI EROGATI NELL'ULTIMO QUINQUENNIO, AI SENSI DELL'ART. 4, CO. 3 DELLA LEGGE 08.03.2017, N. 24, EX DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G00643 DEL 25.01.2022.

Anno	Numero di sinistri aperti**	Numero sinistri liquidati**	Risarcimenti erogati**
2021*	0		0
2022	6		0
<b>Totale</b>	<b>6</b>		<b>0</b>

\*Dal 22.07.2021 al 31.12.2021.

\*\*Sinistri e risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (e.g., smarrimento effetti personali, danni a cose, etc.).

<sup>5</sup> Dal Glossario pubblicato sul portale del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo web (ultimo accesso: febbraio 2023): [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza&tab=5](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza&tab=5):

**Evento avverso** (*adverse event*): 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".

**Evento avverso da farmaco** (*adverse drug event*): qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono: eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi da farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR).

**Evento evitato** (*near miss* o *close call*): 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** (*sentinel event*): 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 abbiano causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

**N.B.** Si veda anche Determinazione della Regione Lazio n. G09850 del 20.07.2021, recante oggetto: "Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella", con particolare riferimento ai paragrafi 4.0 e 5.0.

## A.3 DESCRIZIONE SINTETICA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

PUNTO A.3, TABELLA 7 EX DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G00643 DEL 25.01.2022.

ANNO	POLIZZA (SCADENZA)	COMPAGNIA ASSICURATIVA	MASSIMALE	FRANCHIGIA	BROKERAGGIO
2022	RCT/O (06.11.2022)	Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.	€ 1.000.000,00 per sinistro	€ 5.000,00 (danni a persone)  € 1.500,00 (danni a cose)	AON S.p.A.
2023	RCT/O (06.11.2023)	Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.	€ 1.000.000,00 per sinistro	€ 5.000,00 (danni a persone)  € 1.500,00 (danni a cose)	AON S.p.A.

## A.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.

Si riportano, di seguito, le principali attività riguardanti la gestione del rischio sanitario svolte dall'organizzazione nell'anno solare 2022.

Ulteriori azioni di miglioramento promosse/attuare sono descritte nei verbali del *Comitato di Controllo del rischio clinico, del S.G.Q. e delle Infezioni Correlate all'Assistenza* (CC-ICA) ai quali si rimanda e che nell'anno 2022 si è riunito - conformemente alla normativa vigente – in n. 4 distinte occasioni (Sedute del 21.02.2022, 31.05.2022, 04.10.2022 e 19.12.2022).

13

A.6.2 OBIETTIVI E ATTIVITÀ (a esclusione della gestione del rischio infettivo).		
ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE
<b>ATTIVITÀ 1</b> PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI SPECIFICA ATTIVITÀ FORMATIVA DEL PERSONALE SANITARIO SU TEMI INERENTI AL RISCHIO CLINICO E OCCUPAZIONALE.	SI	Sono stati svolti n. 2 corsi di formazione su temi inerenti il rischio clinico e occupazionale, che ha visto coinvolto oltre il 10% del personale sanitario e/o socio-sanitario della Casa di Cura/RSA, privilegiando la partecipazione delle unità neoassunte.  In particolare, sono stati svolti n. 2 corsi di formazione promossi e organizzati dal CC-ICA, sotto la conduzione del <i>Clinical Risk Manager</i> della Casa di Cura: a) Corso di formazione per i formatori e gli osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani (8 partecipanti), tenutosi in sede in data 29.04.2022 e 02.05.2022 (si veda Nota prot. n. 37/DS del 22.04.2022). b) Corso di formazione base sul rischio clinico, sul rischio occupazionale e sulla promozione degli stili di vita, ex DCA n. 469/2017 con <i>focus</i> sul rischio infettivo e la pratica dell'igiene delle mani e la gestione e prevenzione delle cadute delle persone assistite (19 partecipanti), tenutosi in sede in data 28.12.2022 e 11.01.2023 (si veda Nota prot. n. 88/DS del 21.12.2022).

A.6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ (a esclusione della gestione del rischio infettivo).		
ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE
<p><b>ATTIVITÀ 2</b> PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'UTILIZZO DEGLI STRUMENTI DI <i>RISK ASSESSMENT</i>.</p> <p>&amp;</p> <p><b>ATTIVITÀ 5</b> PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ LEGATE ALL'UTILIZZO DEGLI STRUMENTI DI <i>RISK ANALYSIS</i>: ESECUZIONE DI <i>AUDIT CLINICI</i> SU TEMATICHE CONNESSE AL RISCHIO CLINICO.</p>	SI	<p>Nel 2021 sono stati eseguiti n. 5 audit, con il supporto di una società di consulenza esterna, che sono stati condotti partendo dall'analisi delle cartelle cliniche, in data 26.11.2021 (Casa di Cura) e in data 30.11.2021 (RSA).</p> <p>I risultati sono stati poi condivisi e analizzati da tutti i componenti del CC-ICA, in occasione della 3ª seduta annuale e, contestualmente, sono state individuate e successivamente implementate le relative azioni correttive e/o migliorative.</p> <p>Nel 2022 è stata avviata, invece, una specifica attività di indagine sull'identificazione dei rischi e degli eventi avversi secondo la metodologia "<b><i>Safety Walk Round</i></b>".</p> <p>Nello specifico, in ragione dell'assunto secondo cui la promozione della sicurezza del paziente richiede un approccio di sistema e l'adozione di metodi e strumenti diversificati, in relazione agli scopi specifici, al contesto organizzativo, allo stato di avanzamento della cultura della sicurezza, sono stati programmati una serie di "giri sulla sicurezza" (per l'appunto, <i>Safety Walk Round</i>), condotti dal <i>Clinical Risk Manager</i> il quale ha somministrato un'intervista strutturata (rielaborata e adattata al contesto a partire da un format originale predisposto dal Ministero della Salute) a n. 5 gruppi di operatori sanitari e socio-sanitari afferenti a ciascuna delle UU.OO. della Struttura.</p> <p>Sempre nell'anno 2022, sono state svolte e documentate sugli appositi modelli condivisi e approvati dal CC-ICA, diverse riunioni periodiche interne di ogni UU.OO., monitorando, al contempo, specifici indicatori, anch'essi individuati e approvati in seno alle ordinarie attività del CC-ICA, nonché, svolti specifici audit dal quale sono scaturiti diversi documenti S.G.Q. (si vedano anche le attività di cui al paragrafo A.7), tra cui la redazione e pubblicazione del compendio tascabile "<b>Protocolli sanitari standard</b>" (di pagg. 100), distribuito capillarmente a tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari sia della Casa di Cura che della RSA. L'<i>handbook</i>, predisposto da un Gruppo di lavoro multidisciplinare interno, consta complessivamente di n. 41 protocolli inerenti le principali manovre/operazioni sanitarie che vengono ordinariamente effettuate nelle UU.OO./nuclei della Struttura, con l'ausilio dei presidi e dei materiali effettivamente disponibili, nel rispetto delle <i>Evidence Based Medicine</i> ed <i>Evidence Based Nursing</i>.</p> <p>L'intensa attività di <i>audit</i> condotta dal succitato Gruppo di lavoro multidisciplinare, ha consentito di realizzare questo prezioso manuale con la precisa finalità di uniformare il <i>modus operandi</i> di tutti i professionisti sanitari e socio-sanitari della Struttura, ciascuno per le proprie competenze, al fine di assicurare un livello di sicurezza e di qualità dell'assistenza e delle cure prestate quanto più elevato possibile, nonché, di fornire uno strumento facilmente fruibile per tutti gli operatori, specialmente nel caso di unità neoassunte e/o agli inizi del proprio percorso lavorativo.</p>

<b>ATTIVITÀ 3</b> ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE PERCEPITA DAGLI UTENTI.	SI	<p>È stato puntualmente redatto e pubblicato sia sul sito web istituzionale (<a href="http://www.auxologico.it">www.auxologico.it</a>) che sulla piattaforma intranet della Casa di Cura ("AuxoRoma.net" all'indirizzo: <a href="http://172.16.2.17/">http://172.16.2.17/</a>), il Report sulla qualità percepita (<i>customer satisfaction</i>), relativa all'anno 2021 (limitatamente al periodo di competenza della nuova gestione), comprendente specifiche aree di indagine riguardanti la rilevazione della qualità dell'assistenza sanitaria prestata, suddivisa per ogni singola categoria professionale (medico, infermiere, operatore socio-sanitario, personale tecnico-sanitario della Riabilitazione, etc.).</p> <p>Sono state condotte nell'anno 2022, inoltre, ulteriori attività di <i>customer satisfaction</i> di approfondimento riguardanti, soprattutto, il nuovo Servizio di ristorazione.</p>
<b>ATTIVITÀ 4</b> RILEVAZIONE E CORRETTA ALIMENTAZIONE DEI FLUSSI LAIT/SIMES SECONDO IL PROTOCOLLO REGIONALE PER GLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI E <i>NEAR MISSES</i> .	SI	<p>Nell'anno 2022 le informazioni destinate al flusso LAIT/SIMES sono state regolarmente acquisite dal <i>Clinical Risk Manager</i> della Struttura su segnalazione degli operatori sanitari della Casa di Cura e della RSA, attraverso le specifiche schede di <i>incident reporting</i> adottate dall'organizzazione, CDC_MOD_ire (per il riepilogo dei risultati si veda anche il pf. A.2 del presente documento).</p> <p>Inoltre, con riferimento all'implementazione delle 19 Raccomandazioni del Ministero della Salute sulla sicurezza delle cure, si è regolarmente provveduto all'inserimento dei documenti S.G.Q. applicabili e vigenti nella Casa di Cura/RSA, sull'apposita piattaforma AGENAS, in ossequio a quanto disposto dalla Nota della Regione R.U. prot. n. U.1073142, recante oggetto: "Monitoraggio annuale AGENAS sulla implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella. Riapertura dei termini per l'anno 2022", con esito "positivo".</p>
<b>ATTIVITÀ 6.</b> IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO SULL'IMPIEGO DELLE CONTENZIONI FISICHE E DI PREVENZIONE DELLE CADUTE ACCIDENTALI, NELLE PERSONE CON ALTERAZIONI DELLO STATO DI COSCIENZA E/O CON ALTERAZIONI DELLA FUNZIONE MOTORIA.	SI	<p>È stata redatta, condivisa in sede di CC-ICA e adottata con Nota prot. n. 50/DS del 09.06.2022, una apposita procedura rivolta a quei pazienti per i quali si rende necessario il ricorso, anche solo in via temporanea, alla contenzione fisica.</p> <p>Il documento S.G.Q., in particolare, ha definito i criteri per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• analizzare le situazioni cliniche in cui si considera opportuno e appropriato l'impiego della contenzione fisica, attraverso una ponderata e attenta valutazione del rischio/beneficio, anche sotto il profilo bioetico;</li> <li>• identificare il mezzo di contenzione più adeguato, privilegiando, quando possibile, il ricorso a misure alternative;</li> <li>• garantire un'omogeneità di comportamento nell'applicazione e nel monitoraggio della contenzione nella Struttura, anche predisponendo specifiche schede di monitoraggio e un apposito registro per ciascuna UU.OO..</li> </ul>

## A.7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ SULLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO.

ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE																																								
<b>ATTIVITÀ 1</b> INDIVIDUAZIONE ED ESECUZIONE DI SPECIFICA ATTIVITÀ FORMATIVA DEL PERSONALE SANITARIO SU TEMI DI ATTUALITÀ INERENTI AL RISCHIO CONNESSO CON LE PATOLOGIE INFETTIVE IN AMBITO OSPEDALIERO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'IMPORTANZA DELL'IGIENE DELLE MANI.	SI	Si veda “ATTIVITÀ 1” di cui alla precedente tabella Obiettivi e attività A.6.																																								
<b>ATTIVITÀ 2</b> IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI AI SENSI DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G02044 DEL 26.02.2021 “ADOZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI”.	SI	<p>Nel 2022 sono state implementate le azioni stabilite dal <i>Piano annuale di azione locale sull'igiene delle mani</i> in ordine alle modalità e tempistiche dallo stesso previste, nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi prestabiliti dalla Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021.</p> <p>Con Nota prot. 86/DS del 20.12.222 è stato redatto dal <i>Clinical Risk Manager</i> e licenziato dal CC-ICA (si veda anche Nota prot. n. 85/DS del 19.12.2022), il <i>Piano annuale di azione locale sull'igiene delle mani</i>, (CDC_PIA_man), ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021, per l'anno 2023, adottato con Nota prot. n. 86/DS del 20.12.2022 (si veda l'allegata <b>Appendice</b>).</p>																																								
<b>ATTIVITÀ 3</b> ESECUZIONE DI UN'INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE DELLE ICA.	SI	<p>L'indagine di prevalenza puntuale delle ICA, la cui impostazione e organizzazione è stata preliminarmente discussa e condivisa in sede di CC-ICA, svoltasi a seguito di adeguata formazione del personale sanitario e di adozione di una specifica scheda tecnica di rilevazione (si veda <b>allegato n. 3</b>), è stato condotto da diversi <i>team</i> composti da n. 1 medico e n. 2 infermieri, in tutte le UU.OO. della Casa di Cura e della RSA, nei giorni indice (GI) 23 e 24 novembre 2022.</p> <p>I risultati sono stati i seguenti:</p> <table><tr><th>INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 23/24.11.2022</th><th>CASI (N)*</th><th>PAZIENTI/OSPITI PRESENTI NEI GI TOT. (N)</th><th>PREVALENZA (%)</th></tr><tr><td colspan="4">CASA DI CURA</td></tr><tr><td>Recupero funz. e Riabilitazione</td><td>1</td><td>39</td><td>2,5</td></tr><tr><td>Lungodegenza medica</td><td>5</td><td>47</td><td>10,6</td></tr><tr><td>SUB. TOT.</td><td>6</td><td>86</td><td>6,9</td></tr><tr><td colspan="4">RSA</td></tr><tr><td>Mantenimento</td><td>8</td><td>97</td><td>8,2</td></tr><tr><td>Intensiva (NARI)</td><td>1</td><td>10</td><td>10,0</td></tr><tr><td>SUB. TOT.</td><td>9</td><td>107</td><td>8,4</td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>15</td><td>193</td><td>7,7</td></tr></table> <p><small>*escluso positività a test antigenici e/o molecolari per la ricerca di Virus Sars-CoV-2.</small></p>	INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 23/24.11.2022	CASI (N)*	PAZIENTI/OSPITI PRESENTI NEI GI TOT. (N)	PREVALENZA (%)	CASA DI CURA				Recupero funz. e Riabilitazione	1	39	2,5	Lungodegenza medica	5	47	10,6	SUB. TOT.	6	86	6,9	RSA				Mantenimento	8	97	8,2	Intensiva (NARI)	1	10	10,0	SUB. TOT.	9	107	8,4	TOTALE	15	193	7,7
INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 23/24.11.2022	CASI (N)*	PAZIENTI/OSPITI PRESENTI NEI GI TOT. (N)	PREVALENZA (%)																																							
CASA DI CURA																																										
Recupero funz. e Riabilitazione	1	39	2,5																																							
Lungodegenza medica	5	47	10,6																																							
SUB. TOT.	6	86	6,9																																							
RSA																																										
Mantenimento	8	97	8,2																																							
Intensiva (NARI)	1	10	10,0																																							
SUB. TOT.	9	107	8,4																																							
TOTALE	15	193	7,7																																							

<p><b>ATTIVITÀ 4</b> DEFINIZIONE/IMPLEMENTAZIONE/CONSOLIDAMENTO DELLE MODALITÀ DI RACCOLTA E FLUSSO DEI DATI PER IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLE BATTERIEMIE E DI SORVEGLIANZA ATTIVA MEDIANTE TAMPONE RETTALE DELLE INFEZIONI/ COLONIZZAZIONI DA CRE E DEI MICRORGANISMI ALERT.</p>	SI	<p>Nel rispetto dell' "Istruzione operativa sulla sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE/CRE) e dei microrganismi alert e sull'uso appropriato degli antibiotici", giusta Nota prot. n. 24/DS del 15.11.2021, è stato attivato un sistema di sorveglianza attiva mediante tampone rettale delle infezioni/colonizzazioni da CRE/germi alert, nonché, di monitoraggio per le batteriemie (emocolture) da CRE, comprese le infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione ceftazidime-avibactam (zavicefta) e degli altri microrganismi sentinella, impiegando la specifica scheda di rilevazione CDC_REG_xdr (<b>allegato n. 4</b>).</p>
<p><b>ATTIVITÀ 5</b> DEFINIZIONE/IMPLEMENTAZIONE/CONSOLIDAMENTO DELLE MISURE DI CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE NOSOCOMIALE DELLE INFEZIONI DA LEGIONELLA.</p>	SI	<p>È stata costantemente osservata la procedura prevista dal Piano di autocontrollo del rischio di legionellosi e confermata la valutazione del rischio effettuata da personale specializzato.</p> <p>È attivo un sistema di disinfezione continua dell'impianto idrico della struttura con biossido di cloro stabile quale misura principale di prevenzione e controllo della contaminazione da Legionella.</p> <p>Eventuali criticità sono state risolte mediante flussaggio shock con biossido di cloro stabile.</p> <p>Nell'anno 2022 non è stato confermato nessun caso di infezione nosocomiale all'interno della Struttura.</p>
<p><b>ATTIVITÀ 6</b> SVILUPPARE UN PROGRAMMA SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI DA PARTE DELL'ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP.</p>	SI	<p>L'organizzazione ha regolarmente ottemperato all'implementazione delle misure previste per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PP10), nell'ambito del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) dell'ASL Roma 1, come risulta dalla compilazione del questionario relativa alla ricognizione eseguita dalla succitata ASL nel mese di dicembre 2022, di cui alla Nota prot. n. 6/DS del 12.01.2023 (<b>allegato n. 5</b>).</p> <p>Inoltre, durante l'anno solare 2022, l'Antimicrobial Stewardship aziendale ha svolto numerose attività tra le quali:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) monitoraggio annuale sul consumo di antibiotici;</li> <li>2) analisi collegiale in sede di CC-ICA e consegna a tutti i partecipanti dei seguenti documenti in materia di antibiotico-resistenza e di appropriatezza sull'uso degli antibiotici: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocollo nazionale aggiornato sulla Sorveglianza dell'Antibiotico-Resistenza nazionale coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità.</li> <li>• Documentazione pubblicata sul sito del Ministero della Salute sulla pagina web dedicata all'Antibiotico Resistenza3 tra cui: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Opuscolo – "Cosa sappiamo sugli antibiotici: vero/falso".</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Locandina sull'Antibiotico-resistenza: <i>"10 cose da sapere"</i>.</li> <li>✓ Manuale di implementazione per prevenire e controllare la diffusione di organismi resistenti ai carbapenemi a livello nazionale e nelle strutture sanitarie.</li> <li>• Linee guida per la prevenzione e il controllo di Enterobatteri, Acinetobacter baumannii e Pseudomonas aeruginosa resistenti ai carbapenemi nelle strutture sanitarie.</li> <li>• Articolo a cura dell'infettivologo Dr. A. Bedini: <i>"Antibiotico-terapia: i 7 errori più comuni"</i>.</li> <li>• Documento <i>"Raccomandazioni per una strategia efficace contro la resistenza antimicrobica. Dalla prevenzione vaccinale allo sviluppo e utilizzo dei nuovi antibiotici"</i>, pubblicato il 05.07.2022.</li> <li>• Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-20252 del 26.08.2022.</li> </ul> <p>4) Iscrizione di tutti i partecipanti sul sito <a href="https://antibiogo.org/">https://antibiogo.org/</a> per scaricare gratuitamente l'app ANTIBIOGO (sviluppata e testata da Medici Senza Frontiere) per un utilizzo più appropriato sull'uso degli antibiotici.</p> <p>5) Presentazione e divulgazione ai componenti del CC-ICA di copia cartacea dei Manuali <i>"Raccomandazioni AIFA per uso ottimale degli antibiotici (terapia mirata delle infezioni causate da batteri gram negativi resistenti a multipli antibiotici per i pazienti ospedalizzati)"</i> e <i>"Terapia mirata delle infezioni urinarie non complicate e complicate causate da batteri Gram negativi resistenti a multipli antibiotici per la Medicina Territoriale, incluse residenze sanitarie assistenziale"</i> (novembre 2022).</p> <p>6) Calcolo del consumo effettivo di antibiotici nell'anno 2022 nella Casa di Cura.</p> <p>7) <i>Per il consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg. degenza, come da definizione dell'OMS<sup>6</sup>, allo stato attuale, non è operativo un sistema di monitoraggio informatizzato che consenta una puntuale e precisa misura di tale stima, per singolo reparto e stratificato per famiglia di antibiotici secondo la classificazione ATC (J01).</i></p>
--	--	---

<sup>6</sup> DDD per 100 bed days: *"The DDDs per 100 bed days may be applied when drug use by inpatients is considered. The definition of a bed day may differ between hospitals or countries. A common definition is: A bed day is a day during which a person is confined to a bed and in which the patient stays overnight in a hospital. Day cases (patients admitted for a medical procedure or surgery in the morning and released before the evening) are sometimes included as one bed day and sometimes excluded. The same definition of bed days should always be chosen when performing comparative studies. The figure 70 DDDs per 100 bed days of hypnotics provides an estimate of the therapeutic intensity and estimates that 70% of the inpatients receive one DDD of a hypnotic every day. This measure is applied in analyses of in-hospital drug use. This indicator is quite useful for benchmarking in and between hospitals"* (Fonte: <https://www.who.int/tools/atc-ddd-toolkit>, ultimo accesso: gennaio 2023).



		<p>È stata condotta, tuttavia, un'analisi valutativa, da parte del Clinical Risk manager, che ha stimato empiricamente il consumo medio di antibiotici dei reparti della Casa di Cura, basandosi su una serie di osservazioni in rapporto ai giorni di degenza totale e al consumo effettivo di antibiotici durante l'anno, che ha condotto, con riferimento all'anno solare 2022, ai seguenti risultati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo antibiotici U.O. di Lungodegenza medica, cod. 60: 27,5 DDD/100 gg. di degenza;</li> <li>• Consumo antibiotici U.O. di Recupero funzionale e Riabilitazione, cod. 56: 16,82 DDD/100 gg. di degenza.</li> <li>• Consumo antibiotici Casa di Cura: 19,25 DDD/100 gg. di degenza.</li> </ul> <p>Si evidenzia, infine, che il consumo complessivo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, nell'anno 2022, comprendente sia le UU.OO. della Casa di Cura che i nuclei della RSA, è stato pari a 24,2 lt/1.000 gg. di degenza, leggermente superiore agli standard raccomandati dall'OMS (20 lt/1.000 gg. di degenza).</p>
<p><b>ATTIVITÀ 7</b> INTRODUZIONE DI UN SISTEMA DI SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI OSPEDALIERI CERTIFICATO (PROBIOTIC CLEANING HYGIEN SYSTEM, PCHS® O ANALOGHI) FINALIZZATO AL CONTENIMENTO DELL'INCIDENZA DELLE INFEZIONI IN AMBIENTE OSPEDALIERO, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE INFEZIONI DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE.</p>	PARZIALMENTE REALIZZATA	<p>È stato affidato l'appalto delle attività di igienizzazione e sanificazione degli ambienti ospedalieri e della RSA alla ditta COPMA Srl proprietaria del brevetto della metodologia PROBIOTIC CLEANING HYGIEN SYSTEM, PCHS®.</p> <p>Tale modalità di igienizzazione, tuttavia, potrà essere implementata non appena saranno aggiornati i contenuti della Circolare del Ministero della Salute n. 5443 del 20.02.2020. A quel punto, si potrà procedere, in via sperimentale, in alcune UU.OO. della Casa di Cura, a impiegare la metodologia PCHS® per l'igienizzazione e la sanificazione degli ambienti ospedalieri per verificare l'efficacia, in special modo, per quanto riguarda il contenimento dei casi di infezione da <i>Clostridium Difficile</i>.</p>

## A.5 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Nel rispetto di quanto statuito dalla Determinazione regionale del 25.01.2022, n. G00643, la realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

1. *Clinical Risk Manager*: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. Direttore Sanitario/Presidente del CCICA: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A.7);
3. Responsabile U.O. Affari Legali: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (Tabella 6 del punto A.2; punto A.3);
4. Direzione Strategica/Proprietà della Struttura: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (e.g., tramite la definizione di specifici obiettivi di *budget*) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

Ciò premesso, in virtù dell'attuale configurazione organizzativa della Casa di Cura, è stata predisposta, la seguente matrice delle responsabilità:

AZIONE	DIRETTORE SANITARIO/ PRESIDENTE DEL CC-ICA*	CLINICAL RISK MANAGER (CRM)	U.O. AFFARI LEGALI	LEGALE RAPPRESENTANTE	DIRETTORE GENERALE	STRUTTURE DI SUPPORTO
Redazione PARS (eccetto: Tabella 6 del punto A.2; punti A.3 e A.7)	C	R	C	I	C	-
Redazione Tabella 6 del punto A.2 e punto A.3	I	I	R	I	C	-
Redazione punto A.7	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	C	I	I	R	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto A.7)	C	R	I	I	C	I
Monitoraggio punto A.7	R	C	I	I	C	C

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

\*La figura del *Clinical Risk Manager* e del Direttore Sanitario coincidono.

Si precisa che i Responsabili medici e i Coordinatori Infermieristici e tutti i componenti del CC-ICA sono responsabili del corretto andamento delle attività clinico-assistenziali e contribuiscono attivamente al raggiungimento degli obiettivi ivi prefissati.

La Direzione, il *Clinical Risk manager* e il referente del S.G.Q. aziendale sono tenuti al controllo, al monitoraggio e alla verifica dell'avvenuta informazione e formazione di tutti gli attori coinvolti nelle operazioni finalizzate alla messa in regime di un sistema di gestione del rischio clinico, così come previsto dal presente Piano annuale.

## A.6 OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### A6.1 OBIETTIVI

Obiettivo del PARS è quello di monitorare e ridurre tutti gli eventi che possono arrecare, anche solo potenzialmente, un danno o un grave disagio al paziente/ospite durante la sua permanenza all'interno della Struttura.

In particolare, in ossequio agli indirizzi normativi regionali e nazionali, gli obiettivi strategici del PARS sono i seguenti:

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

##### ESEMPI:

- organizzazione di corsi di formazione;
- introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget dei reparti;
- utilizzo dell'intranet della struttura per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie.

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

##### ESEMPI:

- progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di *risk assessment* (come l'*Incident Reporting*, il *Safety Walk Round* o l'analisi delle cartelle cliniche) o di *risk analysis* (come l'utilizzo degli *audit* di rischio clinico);
- elaborazione o revisione di procedure volte al recepimento di documenti nazionali e internazionali;
- attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita dagli utenti o di umanizzazione delle cure.

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

**N.B.** In questo paragrafo sono declinati gli obiettivi e le relative attività, ad esclusione di quelli legati alla gestione del rischio infettivo per i quali si rimanda al successivo paragrafo A.7.

### A.6.2 ATTIVITÀ

In sintonia con gli obiettivi previsti dalla Determinazione Regionale n. G00643 del 25.01.2021, "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano annuale di Rischio sanitario (PARS)" nelle successive Tabelle si illustrano le diverse attività individuate dall'organizzazione e che saranno implementate nell'arco dell'anno solare in corso.

**ATTIVITÀ 1 – PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI SPECIFICA ATTIVITÀ FORMATIVA DEL PERSONALE SANITARIO SU TEMI INERENTI AL RISCHIO CLINICO E OCCUPAZIONALE.**

**OBIETTIVO A – DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE**

**&**

**OBIETTIVO C - FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLA STRUTTURA.**

**INDICATORE**

Esecuzione di un'attività formativa che coinvolga almeno il 10% del personale sanitario e/o socio-sanitario della Casa di Cura/RSA<sup>7</sup> su tematiche inerenti al rischio clinico entro il 31.12.2023, privilegiando la partecipazione degli operatori sanitari e/o socio-sanitari neoassunti.

**FONTE - PROMOTORE**

Responsabile della Formazione

**STANDARD**

ATTIVITÀ REALIZZATA/ATTIVITÀ PARZIALMENTE REALIZZATA/ATTIVITÀ NON REALIZZATA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Responsabile della formazione	CC-ICA
Progettazione	R	C
Accreditamento*	R	I
Esecuzione	R	C

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

\*Anche non necessariamente svolto nell'ambito delle attività ECM, purché sia stato individuato un Responsabile scientifico dell'evento e rilasciato dalla Direzione, a ciascun discente, un attestato di partecipazione a seguito del superamento di un test per la verifica dell'apprendimento.

**ATTIVITÀ 2 – PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'UTILIZZO DEGLI STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO.**

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

**&**

**OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.**

**RAZIONALE E INDICATORE**

Eseguire nel corso dell'anno solare almeno n. 1 attività correlata all'utilizzo degli strumenti per l'identificazione del rischio sanitario (e.g., *briefing* sulla sicurezza, *safety walkaround* o giri per la sicurezza, *focus group*, revisione di cartelle cliniche, etc.) per ciascuna Unità Operativa della Struttura, possibilmente con la supervisione/supporto di un consulente esperto di parte terza, al fine di agevolare, anche in un'ottica di *risk assessment*, l'adozione di possibili misure volte all'effettivo innalzamento dei livelli di sicurezza delle cure e dei processi clinico-assistenziali.

**FONTE - PROMOTORE**

Clinical Risk Manager (CRM)

**STANDARD**

Realizzazione di almeno n. 1 attività correlata all'utilizzo degli strumenti per l'identificazione del rischio sanitario per ogni unità operativa della Struttura da condursi entro il 31.12.2023.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	CRM	DS	CC-ICA
Conduzione dell' <i>audit</i> interno*	R*	C	I
Analisi ed elaborazione del <i>report</i>	R*	I	C
Individuazione delle eventuali azioni correttive e/o migliorative	C	C	R
Diffusione del <i>report</i>	C	I	R

\*Con l'eventuale supervisione/supporto di un consulente esperto di parte terza.

<sup>7</sup> Per RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) s'intende "Struttura socio-sanitaria assistenziale residenziale per pazienti non autosufficienti, anche anziani" ex Decreto del Commissario *ad Acta* n. 99/2012 e ss. mm. e ii., tipo di trattamento: "mantenimento" e "intensivo".

ATTIVITÀ 3 – ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE PERCEPITA DAGLI UTENTI.		
<b>OBIETTIVO B - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</b> <b>&amp;</b> <b>OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.</b>		
<b>INDICATORE</b> Redazione e pubblicazione sia sul sito <i>web</i> istituzionale ( <a href="http://www.auxologico.it">www.auxologico.it</a> ) che sulla piattaforma <i>intranet</i> della Casa di Cura (AuxoRoma.net), entro il 31.03.2023, di una relazione sulla qualità percepita ( <i>customer satisfaction</i> ), relativa all'anno 2022, comprendente specifiche aree di indagine riguardanti la rilevazione della qualità dell'assistenza sanitaria prestata, suddivisa per ogni singola categoria professionale (medico, infermiere, operatore socio-sanitario, personale tecnico-sanitario della Riabilitazione, etc.).		
<b>Fonte - Promotore</b> Direzione Sanitaria		
<b>STANDARD</b> ATTIVITÀ REALIZZATA/ATTIVITÀ PARZIALMENTE REALIZZATA/ATTIVITÀ NON REALIZZATA		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA
Raccolta dati	R	I
Analisi ed elaborazione del <i>report</i>	R	C
Diffusione del documento	R	I

ATTIVITÀ 4 – RILEVAZIONE E CORRETTA ALIMENTAZIONE DEI FLUSSI LAIT/SIMES SECONDO IL PROTOCOLLO REGIONALE PER GLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI E <i>NEAR MISSES</i> .			
<b>OBIETTIVO B - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.</b>			
<b>RAZIONALE</b> Monitoraggio dei <i>near misses</i> , degli eventi avversi e degli eventi sentinella (compresi gli eventi "caduta") e loro inserimento nella piattaforma LAIT/SIMES nel rispetto delle indicazioni e delle definizioni del Decreto del Ministero della Salute dell'11.12.2009, recante oggetto: "Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES)" e della Determinazione della Regione Lazio n. G09850 del 20.07.2022, recante oggetto: "Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"".			
<b>INDICATORE</b> Numero di eventi inseriti sulla piattaforma			
<b>STANDARD</b> 100% degli eventi pervenuti al <i>Clinical Risk Manager</i> tramite <i>incident reporting</i> (scheda CDC_MOD_ire) ovvero altra modalità di segnalazione.			
<b>Fonte - Promotore</b> <i>Clinical Risk Manager</i>			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Responsabili Medici e Coordinatori UU.OO.	CC-ICA
Segnalazione evento	C	R	I
Valutazione evento	R	I	I
Inserimento evento	R	I	C

ATTIVITÀ 5 – PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI PER L'ANALISI/VALUTAZIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO.			
<b>OBIETTIVO B - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI</b> <b>&amp;</b> <b>OBIETTIVO A - DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE.</b>			
<b>RAZIONALE E INDICATORE</b> Eseguire nel corso dell'anno solare una mappatura di analisi proattiva del rischio clinico secondo la metodologia <i>Failure Mode and Effect Analysis</i> (FMEA)/ <i>Failure Mode and Effect Criticality Analysis</i> (FMECA) in armonia, peraltro, con quanto previsto dal 6° Criterio/fattore di qualità "Appropriatezza clinica e sicurezza", con particolare riferimento al p.to 6.3 "Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi" di cui al DCA n. 469/2017.			
<b>Fonte - Promotore</b> <i>Clinical Risk Manager (CRM)</i>			
<b>STANDARD</b> Realizzazione di almeno un'attività di mappatura del rischio applicando la metodologia FMEA/FMECA da realizzarsi entro il 31.12.2023.			
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>			
Azione	CRM	CC-ICA	TEAM DI LAVORO
Selezione dei processi e formazione del team di lavoro	C	R	I
Identificazione dei potenziali rischi ( <i>failure modes</i> ) e descrizione delle conseguenze ( <i>effects</i> )	C	I	R
Calcolo dell'indice di rischio (IPR)	R	I	C
Analisi delle cause, attuazione delle azioni di miglioramento e valutazione delle azioni intraprese	C	C	R
Diffusione del report	C	R	I

## A7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

### A7.1 OBIETTIVI (RISCHIO INFETTIVO)

In armonia con il *Piano Regionale della Prevenzione* (PRP) e con il *Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza* (PNCAR), nel rispetto delle Determinazioni della Regione Lazio n. G00643 del 25.01.2022 "Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS)", sono stati individuati i seguenti obiettivi strategici:

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

**ESEMPI:**

- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA;
- Organizzazione di attività di informazione/formazione degli operatori sull'uso degli antibiotici.

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

**OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).**

**ESEMPI:**

1. Definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE.
2. Definizione/implementazione/consolidamento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE.
3. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE.
4. Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi *alert*.
5. Elaborazione di report su:
  - a. Diffusione a livello delle UU.OO. ospedaliere delle colonizzazioni/infezioni da CRE per l'adozione di interventi/misure di miglioramento.
  - b. Patogeni circolanti e mappe di farmacoresistenza, integrato con i dati di consumi dei farmaci antinfettivi e dei relativi costi sostenuti.
7. Elaborazione/revisione/implementazione di procedure associate alla prevenzione del rischio infettivo, con particolare riferimento a:
  - a. Prevenzione e controllo delle infezioni da *Clostridium difficile*;
  - b. Prevenzione e controllo delle infezioni del sito chirurgico;
  - c. Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario;
  - d. Prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC);
8. Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA;
9. Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (*Antimicrobial Stewardship*).



## A7.2 ATTIVITÀ (RISCHIO INFETTIVO)

In sintonia con gli obiettivi previsti dalla Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25.01.2021, "Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano annuale di Rischio sanitario (PARS)", nelle successive Tabelle si illustrano le diverse attività sul tema specifico della gestione del rischio sanitario individuate dall'organizzazione e che saranno implementate nell'arco dell'anno solare in corso.

<b>ATTIVITÀ 1 – IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI AI SENSI DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G02044 DEL 26.02.2021 "ADOZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI".</b>				
OBIETTIVO B - IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2023 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI.				
<b>RAZIONALE</b> Redazione, approvazione e implementazione del <i>Piano annuale di azione locale sull'igiene delle mani</i> nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi prestabiliti dalla Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021 "Adozione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani".				
<b>FONTE - PROMOTORE</b> <i>Clinical Risk Manager</i> -Direzione Sanitaria				
<b>STANDARD</b> ATTIVITÀ REALIZZATA/ATTIVITÀ PARZIALMENTE REALIZZATA/ATTIVITÀ NON REALIZZATA				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Coordinatori infermieristici	Ufficio Servizi generali	Servizio di manutenzione	CRM/Direzione Sanitaria
Predisposizione del Piano Annuale di azione locale sull'igiene delle mani	I	-	-	R
Approvvigionamento e monitoraggio prodotti per l'igiene delle mani: unità operative (aree di degenza).	C	I	I	R
Approvvigionamento e controllo prodotti per l'igiene delle mani: aree comuni, servizi, uffici, palestre.	-	C	I	R
Manutenzione dei lavandini e dei dispenser.	I	R	C	I
Segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture.	I	R	I	C
Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura.	I	C	I	R
Implementazione e monitoraggio delle misure stabilite dal Piano Annuale di azione locale sull'igiene delle mani	C	C	I	R

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

## ATTIVITÀ 2 – ESECUZIONE DI UN'INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE DELLE ICA.

OBIETTIVO C - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

### RAZIONALE E INDICATORE

La prevalenza è il rapporto fra il numero di eventi sanitari rilevati in una popolazione in un definito momento (giorno o giorni indice) e il numero degli individui della popolazione osservati nello stesso periodo (nel nostro caso pazienti/ospiti della Casa di Cura e della RSA).

Analogamente all'anno precedente, s'intende eseguire un'indagine di prevalenza puntuale ovvero puntiforme (*point prevalence*) delle ICA (comprese le infezioni da dispositivi endovascolari, CVC, le infezioni del tratto urinario e le infezioni polmonari associate a ventilatore, etc.), in un determinato giorno dell'anno, nei Reparti della Casa di Cura e nei nuclei della RSA.

La rilevazione sarà eseguita da un gruppo multidisciplinare individuato in seno al CC-ICA.

### FONTE – PROMOTORE

*Risk Manager*

### STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/PARZIALMENTE REALIZZATA/NON REALIZZATA

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Clinical Risk Manager	Responsabili medici	CC-ICA
Rilevazione epidemiologica	C	R	I
Analisi ed elaborazione dati	R	I	C
Diffusione dei risultati	R	I	C

## ATTIVITÀ 3 – DEFINIZIONE/IMPLEMENTAZIONE/CONSOLIDAMENTO DELLE MISURE DI CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE NOSOCOMIALE DELLE INFEZIONI DA LEGIONELLA.

OBIETTIVO C - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

### INDICATORE

Adozione di idonee ed efficaci azioni di contenimento delle infezioni da Legionella nel sistema idrico dei tre edifici che costituiscono il complesso socio-sanitario, entro i limiti stabiliti dalla legge, in ordine al Piano di Autocontrollo comprensivo del documento della valutazione del rischio di Legionellosi.

### FONTE – PROMOTORE

Direzione Sanitaria

### STANDARD

< 100 UFC/L (Linee guida del Ministero della Salute (ultimo aggiornamento: 31 ottobre 2016, documento consultabile all'indirizzo web: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2362\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2362_allegato.pdf)).

**N.B.** Esecuzione dei campionamenti di acque nel rispetto delle indicazioni delle Linee guida ministeriali da parte di un Laboratorio specializzato<sup>8</sup>.

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria	CC-ICA	Ditta esterna/ Operai manutentori CdC
Immissione costante di biossido di cloro stabile nell'impianto idraulico	C	I	R
Campionamento di acque	C	I	R
Monitoraggio implementazione protocollo	R	I	C

<sup>8</sup> Il campionamento di acque per la ricerca di Legionella, nel rispetto delle Linee guida ministeriali del 2015, prevede i seguenti punti prelievo: mandata/ricircolo; fondo serbatoio; almeno 4 punti rappresentativi (ovvero i più lontani nella distribuzione idrica).

**ATTIVITÀ 4 – DEFINIZIONE/IMPLEMENTAZIONE/CONSOLIDAMENTO DELLE MODALITÀ DI RACCOLTA E FLUSSO DEI DATI PER IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE DELLE BATTERIEMIE E DI SORVEGLIANZA ATTIVA MEDIANTE TAMPONE RETTALE DELLE INFEZIONI/COLONIZZAZIONI DA CRE E DEI MICRORGANISMI ALERT.**

OBIETTIVO C - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

## RAZIONALE E INDICATORI

Elaborazione/aggiornamento/mantenimento di un sistema di monitoraggio (sorveglianza attiva)<sup>9</sup>, e di un documento S.G.Q. che definisca:

*I. Modalità di implementazione del sistema di segnalazione delle batteriemie da CRE e di tutte le infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione ceftazidime-avibactam (zavicefta) a partenza dal laboratorio di microbiologia di riferimento;*

*II. modalità di definizione/implementazione/consolidamento del modello di sorveglianza attiva (tampone rettale/coprocoltura) delle colonizzazioni/infezioni da CRE;*

*III. identificazione di un referente per la sorveglianza delle CRE all'interno dei CC-ICA che sia responsabile dell'implementazione e del mantenimento del sistema interno di sorveglianza;*

*IV. elaborazione di report con cadenza almeno semestrale relativi alle infezioni/colonizzazione da CRE"* (cfr.: Note Regione Lazio R.U. prot. n. U0063667 del 23.01.2020 e prot. n. U00884520 del 15.10.2020, art. 4, lett. "a").

Quanto sopra al fine di una sorveglianza attiva delle infezioni da CRE secondo le disposizioni previste dalla Circolare del Ministero della Salute del 03.12.2019 "Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE) – 26 settembre 2019" e del 26.02.2013 "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" adattate al contesto della struttura sanitaria, per il monitoraggio del numero di casi di infezione da CRE nella Casa di Cura e nella RSA. Segnalazione del flusso sulla piattaforma *intranet* aziendale.

## FONTE - PROMOTORE

Direzione Sanitaria

## STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/PARZIALMENTE REALIZZATA/NON REALIZZATA

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Direzione Sanitaria	Responsabili medici UU.OO.*	CC-ICA
Segnalazione dei casi	C	R	I
Analisi ed elaborazione dati	R	C	I
Diffusione dei risultati	R	C	I

<sup>9</sup> Monitoraggio del numero di isolati per specie batterica tramite emocoltura, così come riportate nella griglia dei "microorganismi alert" proposta dal Comitato scientifico dell'INMI "Lazzaro Spallanzani" di Roma (batteriemie ed escluso CDI, per il quale è prevista la specifica attività 3), nell'ambito del PRP 2014-2019 - Progetto 7.3 "Contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici" di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00309 del 6 luglio 2015 "Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)", in sintonia con il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza 2017-2020 (PNCAR). Si dovranno indicare il numero di primi isolati per ricovero/paziente (escludere gli isolamenti ripetuti nell'ambito dello stesso ricovero/episodio).

**ATTIVITÀ 5 – SVILUPPARE UN PROGRAMMA DI SENSIBILIZZAZIONE SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI DA PARTE DELL'ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP.**

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

&

**OBIETTIVO C** - MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA, INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE).

## INDICATORE

L'attività prevede la predisposizione di attività riguardanti l'uso appropriato degli antibiotici e il conseguimento degli obiettivi minimi stabiliti dalle Note della Regione Lazio R.U. prot. n. U0063667 del 23.01.2020 e prot. n. U00884520 del 15.10.2020, secondo cui occorre:

*"I. Monitorare il consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg. degenza<sup>10</sup> (anche su base empirica, ndr);*

*[omissis]*

*III. Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship) attraverso l'individuazione di un referente esperto e/o la costituzione di team/gruppo multidisciplinare a supporto del CC-ICA con professionisti interni od esterni, anche avvalendosi, ove necessario, delle strutture della rete delle malattie infettive regionali".*

Inoltre, dovranno essere osservati gli indicatori minimi di processo raccomandati di cui alla **Determinazione della Regione Lazio G16501 del 28.11.2022**, recante oggetto: *"Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)", con precipuo riferimento ai documenti "P1" (evidenze documentali di base che devono essere obbligatoriamente presenti), oltre alla predisposizione di una specifica "istruzione operativa sulla corretta gestione della terapia antibiotica (Antimicrobial Stewardship)".*

## STANDARD

ATTIVITÀ REALIZZATA/PARZIALMENTE REALIZZATA/NON REALIZZATA.

### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Antimicrobial Stewardship	Responsabili medici UU.OO.	Clinical Risk Manager
Definizione del programma	R	I	C
Implementazione del programma	R	C	C
Analisi e diffusione dei dati	C	I	R

30

## A.8 MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il PARS sarà diffuso - in ossequio alla normativa regionale vigente - secondo le seguenti modalità:

- Trasmissione entro il 15.02 al *Comitato di Controllo del rischio clinico, del S.G.Q. e delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)*, per l'approvazione, e, per conoscenza, alla Direzione Generale della casa di Cura.
- Trasmissione entro il 28.02 agli organi regionali preposti (Centro Regionale di Rischio Clinico, CRRC) tramite l'indirizzo di posta elettronica [crcc@regione.lazio.it](mailto:crcc@regione.lazio.it) per il caricamento sul *cloud* regionale.
- Pubblicazione sul sito web della Casa di Cura all'indirizzo: <https://www.auxologico.it/sedi/auxologico-roma-buon-pastore> entro il 28.02;
- pubblicazione sulla piattaforma *intranet* aziendale all'indirizzo <http://172.16.2.17/> entro il 28.02.

<sup>10</sup> Consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg. degenza come da definizione dell'OMS (per gli *standard* di riferimento si veda il *"Rapporto annuale sull'uso degli antibiotici in Italia"*, a cura dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

## A.9 BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.

1. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”.
2. Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”.
3. D.P.R. 14.01.1997 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”.
4. Decreto del Commissario ad Acta 16.01.2015, n. U00017 recante: “Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep. Atti n.156/CSR del 13 novembre 2014.
5. Decreto del Commissario ad Acta 29.10.2018, 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”.
6. Decreto del Commissario ad Acta 06.07.2015, n. U00309 recante: “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell'Intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR)”.
7. Decreto del Commissario ad Acta del 16.10.2019, n. 423 recante oggetto: “Recepimento Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020" (Rep. Atti n. 188/CSR del 02.11.2017) e istituzione del Gruppo Tecnico di Coordinamento e Monitoraggio del Piano a livello regionale”.
8. Decreto del Commissario ad Acta del 16.11.2015, n. 593 “Modifica e integrazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (di cui al DCA n. U00309 del 06/07/2015) ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 (Rep. Atti n.56/CSR) concernente il 'Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 - Documento per la valutazione”.
9. Decreto del Commissario ad Acta del 04.11.2016, n. 328 recante oggetto: “Approvazione delle “Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.
10. Decreto del Commissario *ad acta* del 06.12.2013, n. 480 recante oggetto: “Definitiva Adozione dei Programmi Operativi 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”, e, in particolare, gli interventi 18.1 “Definizione di un programma regionale articolato nelle dimensioni del Governo Clinico e che contenga anche metodologia e strumenti per la gestione degli eventi avversi” e 18.6 “Coordinamento regionale delle strategie di gestione del rischio assicurativo”.
11. Decreto del Ministero della Salute dell'11.12.2009 recante oggetto: “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES)”.
12. Decreto Legislativo 19.06.1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”.
13. Decreto Legislativo 30.12.1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”.
14. Decreto Legislativo 09.04.2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”.
15. Determinazione della Regione Lazio dell'01.04.2014, 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)”.
16. Determinazione della Regione Lazio del 26.02.2021, n. G02044 del 26.02.2021 “Adozione del piano di intervento regionale sull'igiene delle mani”.
17. Determinazione della 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)”.

18. Determinazione della Regione Lazio del 20.07.2021, n. G09850 "Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella".
19. Determinazione della Regione Lazio del 02.02.2018, n. G01226 "Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della legge 24/2017" che recepisce l'omonimo documento alla stessa allegato elaborato dal Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC)".
20. Determinazione della Regione Lazio dell'11.01.2019, n. G00163 "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)".
21. Determinazione della Regione Lazio dell'11.01.2019, n. G00164 "Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
22. Determinazione della Regione Lazio G16501 del 28.11.2022 "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
23. Determinazione della Regione Lazio G15198 del 06.11.2022 "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.
24. Istituto Superiore di Sanità. Antibiotici: dai dati del Rapporto AIFA informazioni utili e proposte per un uso più appropriato. <https://www.epicentro.iss.it/antibiotico-resistenza/resistenza>.
25. Legge 08.03.2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie".
26. Ministero della Salute. I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani. [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_5\\_1.jsp?id=195](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?id=195).
27. Ministero della Salute. Linee guida per la gestione e controllo della legionella, aggiornamento: 07.05.2015. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2362\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2362_allegato.pdf).
28. Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_5.jsp?area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=qualita&menu=sicurezza).
29. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza.8](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza.8).
30. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
31. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione).
32. Raccomandazioni SIMPIOS. Revisione n. 1 – febbraio 2011. Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile, febbraio 2011. Gimplos, Supplemento al vol 1, n. 2, aprile-giugno 2011. <http://www.simplos.eu/2016/12/05/prevenzione-e-controllo-delle-infezioni-da-clostridium-difficile/>.
33. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.



## ALLEGATI E APPENDICE

ALLEGATO n. 1	Scheda di segnalazione di evento infettivo (ICA) dei Pazienti degenti nella CDC/Ospiti RSA/NARI, ai sensi del DM 15.12.1990 e ss.mm e ii., di pag. 2.
ALLEGATO n. 2	Scheda di segnalazione di eventi sentinella/eventi avversi/ <i>near miss</i> (quasi eventi) /cadute senza o con danno (CDC_MOD_ire), di pag. 2.
ALLEGATO n. 3	Scheda di rilevazione delle ICA per lo studio di prevalenza puntuale, di pag. 2.
ALLEGATO n. 4	Scheda di rilevazione delle infezioni/colonizzazioni da CRE/germi <i>alert</i> mediante tampone rettale & delle batteriemie (emocolture) da CRE, comprese le infezioni/colonizzazioni da CRE resistenti alla combinazione ceftazidime-avibactam (zavicefta) e degli altri microrganismi sentinella, CDC_MOD_xdr, di pag. 2.
ALLEGATO n. 5	Nota prot. n. 6/DS del 12.01.2023, recante oggetto: <i>“Misure per il contrasto dell’antimicrobico-resistenza (PP10) nell’ambito del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) dell’Asl Roma 1. Rilevazione azioni (dicembre 2022).”, di pagine 5.</i>
APPENDICE	Nota prot. n. 36/DS del 22.11.2021, recante oggetto: <i>“Adozione del Piano di azione locale sull’igiene delle mani per l’anno 2023”</i> , di pagine 159.

# Auxologico Roma Buon Pastore

<b>SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI EVENTO INFETTIVO</b> DEI PAZIENTI DEGENTI NELLA CdC/OSPITI RSA/NARI AI SENSI DEL DM 15.12.1990 E SS.MM E II.	
UNITÀ OPERATIVA _____ N° CARTELLA CLINICA _____	
COGNOME _____ NOME _____ DATA DI NASCITA _____	
SESSO: <input type="checkbox"/> MASCHILE <input type="checkbox"/> FEMMINILE DATA INIZIO RICOVERO _____ DATA INSORGENZA _____ STANZA _____	
RESIDENZA DEL PAZIENTE _____	
RECAPITI DEL PAZIENTE E/O DI UN SUO FAMILIARE _____	
01 <input type="checkbox"/> AIDS (III) 02 <input type="checkbox"/> BLENORRAGIA (II) 03 <input type="checkbox"/> BOTULISMO (I) 04 <input type="checkbox"/> BRUCELLOSI (II) 05 <input type="checkbox"/> COLERA (I) 06 <input type="checkbox"/> DERMATOFITOSI (TIGNA) (IV) 07 <input type="checkbox"/> DIARREE INFETTIVE NON DA SALMONELLE (CAMPYLOBACTER, YERSINIOSI, EHEC, CLOSTRIDIUM DIFFICILE) (II) 08 <input type="checkbox"/> DIFTERITE (I) 09 <input type="checkbox"/> EPATITE VIRALE A (II) 10 <input type="checkbox"/> EPATITE VIRALE B (II) 11 <input type="checkbox"/> EPATITE VIRALE NANB (II) 12 <input type="checkbox"/> EPATITE VIRALE NON SPECIFICATA (II) 13 <input type="checkbox"/> FEBBRE GIALLA (I) 14 <input type="checkbox"/> FEBBRE RICORRENTE EPIDERMICA (I) 15 <input type="checkbox"/> FEBBRE TIFOIDE E PARATIFO (II) 16 <input type="checkbox"/> FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (FEBBRE DI LASSA, MARBURG, EBOLA) (I) 17 <input type="checkbox"/> INFEZIONI, TOSSINFEZIONI ED INFESTAZIONI DI ORIGINE ALIMENTARE (IV) 18 <input type="checkbox"/> INFLUENZA CON ISOLAMENTO VIRALE (I) 19 <input type="checkbox"/> INSONNIA FAMILIARE LETALE (I) 20 <input type="checkbox"/> LEBBRA (III) 21 <input type="checkbox"/> LEGIONELLOSI (II) 22 <input type="checkbox"/> LEISHMANIOSI CUTANEA (II) 23 <input type="checkbox"/> LEISHMANIOSI VISCERALE (II) 24 <input type="checkbox"/> LEPTOSPIROSI (II) 25 <input type="checkbox"/> LISTERIOSI (II) 26 <input type="checkbox"/> MALARIA (III) 27 <input type="checkbox"/> MALATTIA DI CREUTZFELDT – JAKOB(I) 28 <input type="checkbox"/> MENINGITE ED ENCEFALITE ACUTA VIRALE (II) 29 <input type="checkbox"/> MENINGITE MENINGOCOCCICA (II) 30 <input type="checkbox"/> MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE (III) 31 <input type="checkbox"/> MORBILLO (II) 32 <input type="checkbox"/> PAROTITE (II) 33 <input type="checkbox"/> PEDICULOSI (IV) 34 <input type="checkbox"/> PERTOSSE (II) 35 <input type="checkbox"/> PESTE (I) 36 <input type="checkbox"/> POLIOMIELITE (I) 37 <input type="checkbox"/> RABBIA (I) 38 <input type="checkbox"/> RICKETTSIOSI DIVERSA DA TIFO ESANTEMATICO (II) 39 <input type="checkbox"/> ROSOLIA (II) 40 <input type="checkbox"/> SALMONELLOSI NON TIFOIDE (II) 41 <input type="checkbox"/> SCABBIA (IV) 42 <input type="checkbox"/> SCARLATTINA (II) 43 <input type="checkbox"/> SIFILIDE (II) 44 <input type="checkbox"/> SINDROME DI GERSTMANN - SRAUSSLER – SCHEINKER (I) 45 <input type="checkbox"/> SINDROMI CORRELATE ALLE ULTIME QUATTRO MALATTIE (I) 46 <input type="checkbox"/> TETANO (I) 47 <input type="checkbox"/> TIFO ESANTEMATICO (I) 48 <input type="checkbox"/> TRICHINOSI (I) 49 <input type="checkbox"/> TUBERCOLOSI (III) 50 <input type="checkbox"/> TULAREMIA (II) 51 <input type="checkbox"/> VARIANTE DELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT – JAKOB (I) 52 <input type="checkbox"/> VARICELLA (II) 53 <input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE) _____ (PER ESEMPIO, INFEZIONI DI V CLASSE, QUALI LE PARASSITOSI DA ELMINTI)	<b>CARATTERISTICHE/SINTOMATOLOGIA DELL'EPISODIO INFETTIVO:</b> _____ _____ _____ <b>AGENTE INFETTIVO SOSPETTO/ISOLATO:</b> <input type="checkbox"/> NON ISOLATO <input type="checkbox"/> ISOLATO IN DATA _____ <b>CRITERI DI DIAGNOSI:</b> <input type="checkbox"/> CLINICA _____ <input type="checkbox"/> SIEROLOGICA _____ <input type="checkbox"/> ESAME DIRETTO/ISTOLOGICO _____ <input type="checkbox"/> ESAME CULTURALE _____ <input type="checkbox"/> ALTRO _____ VIA DI TRASMISSIONE _____ <b>MISURE DI CONTROLLO – PROFILASSI ADOTTATE:</b> ISOLAMENTO <input type="checkbox"/> SPAZIALE/STRUTTURALE <input type="checkbox"/> STANZA SINGOLA <input type="checkbox"/> DI COORTE ADOTTATE PRECAUZIONI* COME DA ISTRUZIONE OPERATIVA <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO _____ *IN AGGIUNTA A QUELLE STANDARD (PER ES. DA CONTATTO, DROPLET) <b>PRESENZA DI ALTRI CASI SOSPETTI TRA I RICOVERATI ALLA DATA ODIERNA</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ (SPECIFICARE) ..... <b>ALTRE OSSERVAZIONI – NOTE SULL'EVENTO</b> _____ _____ _____ IL COORDINATORE INFERMIERISTICO _____ IL MEDICO _____ _____ PER PRESA VISIONE IL DIRETTORE SANITARIO _____



**ALTRE NOTIZIE UTILI AI FINI DELL'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA** (luogo e modalità in cui si è verificata la malattia, altri riferimenti/contatti utili, residenze-domicili contatti, possibili aree/ambienti di contagio, collettività esposte, ogni altra informazione utile)

---

---

---

---

---

---

## NOTA BENE

**1) MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE I MODALITÀ DI NOTIFICA:** Malattie per le quali si richiede **segnalazione immediata (anche caso sospetto – entro 12 ore)** o perché soggette al Regolamento Sanitario Internazionale o perché rivestono particolare interesse (indicate in grassetto le malattie infettive soggette a normativa specifica): segnalazione all'ASL di riferimento.

1. Colera 2. Febbre Gialla 3. Febbre ricorrente epidermica 4. **Febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola)** 5. Peste 6. Poliomielite 7. Tifo esantematico **8. Botulismo** 9. Difterite 10. Influenza con isolamento virale 11. Rabbia **12. Tetano** 13. Trichinosi **14. Malattia di Creutzfeldt - Jakob** **15. Variante della malattia di Creutzfeldt - Jakob** **16. Sindrome di Gerstmann - Straussler - Scheinker** **17. Insonnia familiare letale** **18. Sindromi correlate alle ultime quattro malattie.**

**2) MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE II MODALITÀ DI NOTIFICA:** Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo da segnalare **entro 48 ore** dalla diagnosi; **immediatamente per la meningite e la sepsi meningococcica** (anche solo sospetto) e per le **salmonellosi non tifoide** (indicate in grassetto le malattie infettive soggette a normativa specifica. Segnalazione all'ASL di riferimento.

**19) Blenorragia** (segnalazione in forma anonima) **20) Brucellosi** **21) Diarree infettive non da salmonelle (compreso Clostridium difficile)** **22) Epatite virale A** **23) Epatite virale B** **24) Epatite virale NANB** **25) Epatite virale non specificata** **26) Febbre tifoide** **27) Legionellosi** **28) Leishmaniosi cutanea** **29) Leishmaniosi viscerale** **30) Leptospirosi** **31) Listeriosi** **32) Meningite ed encefalite acuta virale** **33) Meningite meningococcica** **34) Morbillo** **35) Parotite** **36) Pertosse** **37) Rickettsiosi diversa da tifo esantematico** **38) Rosolia** **39) Salmonellosi non tifoide** **40) Scarlattina** **41) Sifilide** (segnalazione in forma anonima) **42) Tularemia** **43) Varicella.**

**3) MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE III MODALITÀ DI NOTIFICA:** Per queste malattie infettive sono previsti flussi informativi particolari e differenziati.

**44) AIDS** (scheda dedicata) **45) Lebbra** **46) Malaria** (entro 24 ore) **47) Micobatteriosi non tubercolare** **48) Tubercolosi (caso sospetto o accertato entro 3 giorni).** **N.B. AIDS segnalazione in forma anonima.**

**4) MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE IV MODALITÀ DI NOTIFICA:** Malattie per le quali alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'Azienda Sanitaria Locale solo quando si verificano focolai epidermici. Medico U.O. che pone la diagnosi inoltra la segnalazione del singolo caso all'ASL entro 24 ore dall'osservazione; entro 12 ore per le malattie di origine alimentare.

**49) Dermatofitosi (tigna);** **50) Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare;** **51) Pediculosi;** **52) Scabbia.**

**5) MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE V MODALITÀ DI NOTIFICA:** Della classe V fanno parte le malattie infettive non comprese nelle classi precedenti, tra cui le zoonosi previste dal Regolamento di polizia veterinaria (carbonchio, morva, psittacosi, ect.), le parassitosi da protozoi ed elminti (amebiasi, teniasi, etc.), la malattia di Lyme, la sindrome emolitica uremica. Medico dell'U.O. deve segnalare il caso entro 48 ore dall'osservazione all'ASL di riferimento.

## ASL RM/1

S.I.S.P. - SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

AREA DI EPIDEMIOLOGIA, PROFILASSI ED EDUCAZIONE SANITARIA

U.O.S. PREVENZIONE E CONTROLLO MALATTIE E GESTIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI

RECAPITI TELEFONICI

06. 3306.2799, 06. 3306.4764, 06.3306.4765

E-MAIL: [alessio.pendenza@aslroma1.it](mailto:alessio.pendenza@aslroma1.it)

PIAZZA S. MARIA DELLA PIETÀ, 5 - PADIGLIONE 90, ROMA

## Auxologico Roma Buon Pastore

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI EVENTO SENTINELLA • EVENTO AVVERSO  
NEAR MISS (QUASI EVENTO) • CADUTE CON O SENZA DANNOCOMPILARE **TUTTI** GLI ITEM

INCIDENT REPORTING (SEZIONE A)

U.O./NUCLEO

DATA SEGNALAZIONE \_\_\_\_\_

CASA DI CURA

☐ RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE☐ LUNGODEGENZA MEDICA

RSA

☐ MANTENIMENTO ED. \_\_\_\_\_ ☐ PIANO \_\_\_\_\_☐ RSA INTENSIVA (NARI, R1)

CHI SEGNA LA

☐ MEDICO☐ INFERMIERE/COORD. INF.☐ ALTRO (SPECIF.) \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME PAZIENTE/OSPITE \_\_\_\_\_

NUM. CARTELLA CLINICA/PERSONALE \_\_\_\_\_ ANNO DI NASCITA \_\_\_\_\_ SESSO M ☐ F ☐TIPO PRESTAZIONE ☐ ASSISTENZA ☐ DIAGNOSI ☐ TERAPIA ☐ ALTRO (SPEC.) \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE EVENTO\* E OPERATORI COINVOLTI: DATA EVENTO \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

☐ EVENTO SENTINELLA ☐ EVENTO AVVERSO (CADUTA CON DANNO) ☐ QUASI EVENTO/NEAR MISS/CADUTA SENZA DANNO

\* LA DESCRIZIONE È FACOLTATIVA IN CASO DI CADUTA SENZA DANNO O CON DANNO LIEVE. NELLE RESTANTI FATTISPECIE È OBBLIGATORIA.

## LUOGO

☐ STANZA DEGENZA☐ SCALE☐ BAGNO☐ ESTERNO REPARTO☐ AMBULATORIO☐ ESTERNO STRUTTURA☐ CORRIDOIO☐ ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_☐ SPAZI COMUNI REPARTO☐ ERANO IN USO LE SPONDINE LATERALI? \*\* SI ☐ NO ☐

\*\* DA COMPILARE SOLTANTO IN CASO DI SEGNALAZIONE DI CADUTA.

CADUTA

FATTORI  
FAVORENTI☐ CADUTE PREGRESSE☐ DEFICIT NEUROCOGNITIVI☐ DEFICIT VISIVI☐ INCONTINENZA☐ CALZATURE NON ADEGUATE☐ PROBLEMI DI EQUILIBRIO/MOBILITÀ/TONO MUSCOLARE☐ PROFILO EMODINAMICO E/O CARDIOVASCOLARE☐ ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO☐ RECENTE VARIAZIONE DELLA TERAPIA☐ ALTRO (SPEC.): \_\_\_\_\_PRESTAZIONI  
EFFETTUATE☐ NESSUNA☐ VISITA MEDICA☐ CONSULENZA SPECIALISTICA☐ ESAMI DI LABORATORIO☐ ESAMI RADIOLOGICI☐ ALTRE INDAGINI STRUMENTALI☐ MEDICAZIONE FERITA☐ PUNTI DI SUTURA☐ APPLICAZIONE TUTORE/APPARECCHIO GESSATO☐ TRASFERIMENTO IN P.S./DEA☐ INTERVENTO CHIRURGICO (EST.)☐ RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA☐ ALTRO (SPEC.): \_\_\_\_\_

ESITO

☐ NESSUN DANNO☐ LIEVE☐ MODERATO☐ SEVERO☐ DECESSO

FIRMA DEL COMPILATORE

NUMERO EVENTO SENTINELLA (VED. TABELLA SOTTOSTANTE)\*: \_\_\_\_\_

## CAUSA

- ☐ OMISSIONE  
☐ RITARDO  
☐ INESATTEZZA  
☐ ALTRO (SPECIFICARE): \_\_\_\_\_

## ESITO

<input type="checkbox"/> MORTE <input type="checkbox"/> DISABILITÀ PERMANENTE <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> PROLUNGAMENTO DEGENZA/ CRONICIZZAZIONE <input type="checkbox"/> TRAUMA MAGGIORE A SEGUITO DI CADUTA	<input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO UNITÀ INTENSIVA O SUB INTENSIVA <input type="checkbox"/> REINTERVENTO CHIRURGICO <input type="checkbox"/> RIANIMAZIONE CARDIORESPIRATORIA <input type="checkbox"/> TRATTAMENTO PSICHIATRICO A SEGUITO DI TENTATIVO SUICIDIO/VIOLENZA <input type="checkbox"/> REAZIONE TRASFUSIONALE (INCOMP. ABO)	<input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE): _____ _____ _____
--	---	---

## \*CODICI EVENTI SENTINELLA

1.	Procedura in paziente sbagliato
2.	Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3.	Errata procedura su paziente corretto
4.	Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5.	Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6.	Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7.	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8.	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
9.	Morte o grave danno per caduta di paziente
10.	Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11.	Violenza su paziente
12.	Atti di violenza a danno di operatore
13.	Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extra ospedaliero)
14.	Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15.	Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16.	Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

**Evento (incident):** accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

**Evento avverso (EA, adverse event):** 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".

**Evento avverso da farmaco (adverse drug event):** qualsiasi evento indesiderato che si verifica durante una terapia farmacologica, per effetto dell'uso o del non uso di un farmaco, ma non strettamente correlato all'azione del farmaco stesso. Gli eventi avversi da farmaco comprendono: eventi avversi da farmaco prevenibili, ovvero causati da un errore in terapia ed eventi avversi da farmaco non prevenibili, che avvengono nonostante l'uso appropriato, definiti come "reazioni avverse a farmaci" (ADR).

**Evento evitato (near miss, NM o close call, CC):** 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 (ES):** 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 abbiano causato o vi abbiano contribuito e b) l'implementazione delle adeguate misure correttive.

Fonte: "La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico" - Glossario (Ministero della Salute).

STUDIO DI PREVALENZA PUNTUALE ICA POST-ACUZIE/RSA • POINT PREVALENCE SURVEY OF HAI LTCFs									
SCHEDA RILEVAZIONE CASO SINGOLO									
COD. TEAM				GIORNO INDICE				ORA	
REPARTO									
RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/>		LUNGODEGENZA <input type="checkbox"/>		NARI <input type="checkbox"/>		RSA, ED. B <input type="checkbox"/>		RSA, ED. C <input type="checkbox"/>	
INIZIALI PZ.	N° RIC.	N° LETTO	DATA INIZIO RICOVERO	PRESENTE ICA? <sup>NOTA1</sup>		PRESENTE ICA ASSOCIATA A DISPOSITIVO? <sup>NOTA2</sup>			
				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
INFEZIONE PRESENTE AL MOMENTO DEL RICOVERO?				DATA INSORGENZA <sup>NOTA3</sup>		ORIGINE DELL'INFEZIONE			
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/> REPARTO ATTUALE <sup>NOTA4</sup> <input type="checkbox"/> IN UN ALTRO OSPEDALE <input type="checkbox"/> ALTRA ORIGINE (SCONOSCIUTA/ALTRO/NON NOTO)			
SEGN E SINTOMI DI INFEZIONE ERANO PRESENTI AL MOMENTO DELL'INIZIO DEL RICOVERO IN Cdc/RSA?; SE NO, RIPORTARE LA DATA DI INSORGENZA DELL'INFEZIONE → → →									
DISPOSITIVO RILEVANTE IN SITU	INTUBAZIONE TUBO ENDOTRACHEALE/TRACHEOTOMIA		CATETERE VASCOLARE (CENTRALE/PERIFERICO)		CATETERE URINARIO		<b>COD. INFEZIONE/I</b> (VED. ECDC CODEBOOK <sup>NOTA5</sup> )		
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
ISOLAMENTO GERME/I	EMOCOLTURA	URINOCOLTURA	COPROCOLTURA	TAMPONE VIE RESPIRATORIE	TAMPONE RETTALE (XDR)	ALTRO ISOLAMENTO (SPECIFICARE)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DATA ESECUZIONE									
GERME/I ISOLATO/I MAX. 3, CODICI: VED. ECDC CODEBOOK. INDICARE, SE NOTO, GENOTIPO CPE/CRE (KPC, VIM, IMP, NDM, OXA-48 LIKE)									
TERAPIA ANTIBIOTICA/ANTIMICROBICA <sup>NOTA6</sup>									
NOME GENERICO E COMMERCIALE (NO COD. ATC)				VIA DI SOMMIN.*		DATA INIZIO		DOSE/UNITÀ AL GIORNO (DDD)	

\*P = PARENTERALE; O = ORALE; R = RETTALE; I = INALAZIONE

La presente scheda di rilevazione delle ICA (prevalenza puntuale) rappresenta un'elaborazione semplificata e adattata al contesto dell'assistenza ospedaliera/residenziale post-acuzie, a partire dai contenuti del seguente documento: *European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections (HAI) and antimicrobial use in European acute-care hospitals, protocol version 5.3, 2016-2017*. Stockholm: ECDC; 2016 (fonte: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-3>, ultimo accesso: 23.11.2022).

**NOTA 1.** PRESENTE ICA? Definizione di caso. Infezione attiva correlata all'assistenza (associata al ricovero) presente nel giorno dello studio è definita come segue (in armonia con le definizioni fornite da ECDC, HELICS/IPSE3, KISS5, CDC/NHSN):

- Una infezione è definita ATTIVA quando i segni e sintomi di infezione SONO presenti nel giorno dello studio OPPURE segni e sintomi di infezione ERANO presenti in precedenza e il paziente è ancora sotto trattamento antibiotico per quella infezione, il giorno dello studio (è necessario verificare i segni e sintomi presenti sino all'inizio della terapia per determinare se l'infezione trattata risponda a una delle definizioni di caso di infezioni correlate all'assistenza);

**E**

- la sintomatologia è insorta a partire dal giorno 3 di degenza (giorno del ricovero = giorno 1) del ricovero attuale OPPURE il paziente presenta (anche prima del 3° giorno) un'infezione ma è stato ricoverato nuovamente meno di due giorni dopo un precedente ricovero in un ospedale per acuti **OPPURE**
- il paziente è stato ricoverato (oppure sviluppa sintomatologia entro 2 giorni dal ricovero) e presenta un'infezione che coincide con la definizione di *infezione della ferita chirurgica attiva* ossia l'infezione della ferita chirurgica insorge entro 30 giorni dall'operazione (oppure, nel caso di un'infezione della ferita chirurgica profonda, di organi, spazi, associata a intervento chirurgico con inserzione di protesi, che si instaura entro 90 giorni dall'operazione) e il paziente presenti sia sintomi che coincidono con la definizione di infezione E/O sia in trattamento antibiotico per quella infezione **OPPURE**
- il paziente è stato ricoverato (oppure sviluppa sintomatologia entro due giorni) con una infezione da C. difficile essendo stato dimesso meno di 28 giorni da un ospedale per acuti **OPPURE**
- un dispositivo invasivo presente il giorno 1 o il giorno 2 di ricovero con insorgenza di una ICA prima del giorno 3.

**N.B.** I risultati di test/esami che non sono ancora disponibili al momento dello studio non devono essere inclusi dopo la data dello studio né presi in considerazione per stabilire se le definizioni di caso siano soddisfatte. Sebbene ciò comporterà l'esclusione di alcune "vere" ICA, tale scelta è compensata in qualche misura da quelle ICA, non più sintomatiche il giorno dello studio, che vengono incluse perché la terapia antibiotica relativa è ancora in atto.

**NOTA 2.** PRESENTE ICA ASSOCIATA A DISPOSITIVO? Definizione di caso. ICA associate a dispositivo: sono le ICA in un paziente con un dispositivo "rilevante" utilizzato in un periodo di 48 ore precedenti l'instaurarsi della sintomatologia (anche se ad uso intermittente). L'informazione sulla correlazione a dispositivi viene rilevata solo per le polmoniti, le infezioni del torrente ematico e le infezioni urinarie. I dispositivi "rilevanti" sono, rispettivamente, l'intubazione, il catetere vascolare (centrale/periferico) e il catetere urinario. Se l'intervallo tra rimozione del dispositivo e l'insorgenza dell'infezione è superiore a 48 ore devono esserci evidenze inequivocabili che l'infezione sia associata al dispositivo in uso. Per le infezioni urinarie correlate a catetere, il catetere urinario deve essere stato presente in un periodo di 7 giorni precedenti la conferma di laboratorio oppure l'insorgenza di segni e sintomi di infezione corrispondenti a quelli previsti dai criteri di infezione urinaria (ved. anche Horan et al. *Definitions of key terms used in the NNIS system. Am J Infect Control* 1997; 25:112-6).

**NOTA 3.** DATA INSORGENZA DELL'INFEZIONE (gg/mm/aaaa). Non deve essere registrata se segni/sintomi di infezione erano già presenti al momento del ricovero, ma è obbligatoria se l'infezione insorge durante il ricovero attuale. Data dei primi segni/sintomi di infezione; se non è nota, registrare la data in cui è stato iniziato il trattamento per questa infezione o la data nella quale è stato prelevato il primo campione di laboratorio.

**NOTA 4.** ICA ASSOCIATA ALL'ATTUALE REPARTO. Una ICA è associata al reparto attuale se:

- a) l'infezione ha avuto inizio il terzo giorno o i giorni successivi, dopo l'ammissione al reparto attuale (in cui la data di ammissione in reparto è il giorno 1);
- b) l'infezione ha avuto inizio il giorno 1 o 2 dopo l'inserimento di un dispositivo invasivo nel reparto/nucleo attuale;
- c) al momento del ricovero il paziente è stato ricoverato con ICA associata a un precedente ricovero nello stesso reparto: entro 30 gg. dopo l'intervento per le infezioni del sito chirurgico oppure entro 90 gg. per le infezioni del sito chirurgico di tipo profonde e di organo/spazio dopo chirurgia implantare;
- d) sono trascorsi meno di 28 giorni dalla dimissione per infezione da C. difficile oppure meno di 48 ore - due giorni di calendario - dopo la dimissione per un'altra ICA.

**NOTA 5.** Se trattasi d'infezione del torrente ematico (BSI) indicare anche la fonte. Se è una BSI confermata da laboratorio (quindi codificata BSI), specificarne l'origine: associata a catetere (centrale: C-CVC, periferico: C-PVC), secondaria ad un'altra infezione: polmonare (S-PUL), tratto urinario (S-UTI), tratto digerente (S-DIG), infezione della ferita chirurgica (S-SSI), cute e tessuti molli (S-SST), altre infezioni (S-OTH) oppure BSI confermata, di origine ignota (UO); dato mancante/informazioni non disponibili (Non noto); le BSI secondarie devono essere riportate come ICA separate, in aggiunta alla infezione primaria se questa soddisfa la definizione di caso. Esempi: PN = Polmonite; GI-CDI = infezione da CDI; UTI: inf. vie urinarie; BSI: inf. sangue; etc.

**NOTA 6.** TERAPIA ANTIBIOTICA. Antibiotico (nome generico/commerciale). Va riportato solo il principio attivo o nome commerciale, esempio: principio attivo AMPICILLINA o nome commerciale AMPLITAL\*12CPR 1G. Sono inclusi gli antibiotici delle classi ATC2 (J01 antibatterici, J02 antifungini), ATC4 (A07AA, P01AB, D01BA) e ATC5 (J04AB02).

**Via di somministrazione** dell'antibiotico; P=parenterale; O=orale; R=rettale; I=inalazione.

**Data di inizio antibiotico.** Data di inizio dell'antibiotico attualmente in uso. Se il paziente ha ricevuto l'antibiotico al momento del ricovero, riportare la data del ricovero.

**Dose/unità al giorno.** Numero e quantità (in milligrammi, grammi, IU o MU) di dosi al giorno dell'antibiotico. Riportare, per esempio: "4 x 1 gr. /die" (3 variabili: numero di dosi, la quantità di una dose, unità di una dose). DDD= *defined daily doses*.



RILEVAZIONE MICRORGANISMI RESISTENTI	REPARTO		ANNO	
<p>Numero di isolati per specie batterica (da emocoltura).</p> <p>Indicare per il periodo di riferimento il numero di primi isolati per ricovero/paziente (escludere gli isolamenti ripetuti nell'ambito dello stesso ricovero).</p> <p>Nel caso non sia stato osservato nessun isolato per un microrganismo nel periodo considerato, si prega di immettere uno zero nella cella corrispondente per distinguere l'assenza di casi osservati dall'assenza di informazioni su tale germe.</p>				
Microrganismo resistente	data/n° CC	data/n° CC	data/n° CC	data/n° CC
<i>Acinetobacter baumannii</i> MDR				
<i>Escherichia coli</i> produttore di carbapenemasi (KPC)				
<i>Enterococcus faecalis</i> resistente alla vancomicina				
<i>Enterococcus faecium</i> resistente alla vancomicina				
<i>Enterobacter spp</i> MDR				
<i>Klebsiella pneumoniae</i> produttore di beta-lattamasi ad ampio spettro (ESBL)				
<i>Klebsiella pneumoniae</i> produttrice di carbapenemasi (CPE/KPC)				
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> MDR				
<i>Staphylococcus aureus</i> meticillino resistente (MRSA)				
<i>Staphylococcus aureus</i> intermedio alla vancomicina (VISA)				
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente alla vancomicina (VRSA)				
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> resistente al TMP-SXT				
<i>Escherichia coli</i> produttore di beta-lattamasi ad ampio spettro (ESBL)				
<i>Escherichia coli</i> produttore di beta-lattamasi ad ampio spettro (ESBL)				
CRE resistenti alla combinazione ceftazidime-avibactam (Zavicefta)*				

\*Si veda Nota Regione Lazio prot. n. U0884417 del 15.10.2020.

RILEVAZIONE MICRORGANISMI RESISTENTI (TAMPONE RETTALE, XDR)	REPARTO		ANNO	
Numero di isolati per specie batterica. Indicare, per il periodo di riferimento, il numero di primi isolati per ricovero/paziente (escludere gli isolamenti ripetuti nell'ambito dello stesso ricovero) di soggetti con anamnesi di colonizzazione.				
Microrganismo resistente	data/n° CC	data/n° CC	data/n° CC	data/n° CC
<i>Acinetobacter baumannii</i> MDR				
<i>Escherichia coli</i> produttore di carbapenemasi (KPC)				
<i>Enterococcus faecalis</i> resistente alla vancomicina				
<i>Enterococcus faecium</i> resistente alla vancomicina				
<i>Enterobacter spp</i> MDR				
<i>Klebsiella pneumoniae</i> produttore di beta-lattamasi ad ampio spettro (ESBL)				
<i>Klebsiella pneumoniae</i> produttrice di carbapenemasi (CPE/KPC)				
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> MDR				
<i>Staphylococcus aureus</i> meticillino resistente (MRSA)				
<i>Staphylococcus aureus</i> intermedio alla vancomicina (VISA)				
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente alla vancomicina (VRSA)				
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> resistente al TMP-SXT				
<i>Escherichia coli</i> produttore di beta-lattamasi ad ampio spettro (ESBL)				
<i>Escherichia coli</i> produttore di beta-lattamasi ad ampio spettro (ESBL)				
CRE resistenti alla combinazione ceftazidime-avibactam (Zavicefta)*				

# Auxologico Roma Buon Pastore

Roma, 12 gennaio 2023

PROT. N. 06/DS/2023

TRASMESSA PER MEZZO POSTA ELETTRONICA

*Alla cortese attenzione*

Dr. Marcello **MELEDANDRI**  
DIRETTORE D.TO DEI LABORATORI  
DIRETTORE UOC MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA  
POLO OSPEDALIERO "S. FILIPPO NERI"  
VIA G. MARTINOTTI, 20 - 00135 ROMA

*Per conoscenza*

Dr.<sup>ssa</sup> Patrizia **CHIERCHINI**  
DIRETTORE AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA  
ASL ROMA 1

Dr.<sup>ssa</sup> Rita **LUCCHETTI**  
DIRETTORE AREA GOVERNO DELLA RETE  
ASL ROMA 1

Dr. Enrico **DI ROSA**  
RESPONSABILE UOC SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA  
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
ASL ROMA 1

Dr. Alessio **MULAS**  
DIRETTORE GENERALE  
CASA DI CURA "AUXOLOGICO ROMA – BUON PASTORE"

**OGGETTO:** *Misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PP10) nell'ambito del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) dell'Asl Roma 1. Rilevazione azioni (dicembre 2022).*

Con riferimento all'oggetto, così come richiesto con Sua comunicazione dell'08.12.2022, si trasmette, in allegato, la scheda di monitoraggio debitamente compilata in ogni sua sezione (**allegato n. 1**, di pagine 4).

Nel restare a Vostra disposizione per eventuali ulteriori richieste di informazioni, la circostanza è gradita per porgere i miei più cordiali saluti.

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Enrico Rosati  
ENRICO ROSATI  
12.01.2023 11:15:13  
GMT+00:00

Ricognizione attività PP10 - MISURE PER IL CONTRASTO DELL' ANTIMICROBICO-RESISTENZA - "parte umana"): **rilevazione dicembre 2022**

NOME DELLA STRUTTURA CHE COMPILA IL QUESTIONARIO

• **PP10A4 SVILUPPO E IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA REGIONALE DI SORVEGLIANZA DELLE ANTIBIOTICO-RESISTENZE BASATO SUI LABORATORI**

- A4.1 Ricognizione dei LIS e dei contatti dei responsabili dei laboratori pubblici e privati accreditati del territorio aziendale (finalizzata all'adesione al sistema regionale di sorveglianza AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute)

- Si prega di indicare il nome e il produttore del sistema informatico di laboratorio (LIS) utilizzato per gestire le analisi microbiologiche

- \_\_\_\_\_

- Si prega di indicare nome, recapito telefonico ed e-mail del responsabile/direttore del laboratorio di microbiologia (se autonomo), oppure del laboratorio analisi

- \_\_\_\_\_

- A4.1 Ricognizione dei laboratori e delle sezioni di microbiologia del territorio di ASL Roma 1

- Si prega di indicare se nella propria struttura vengono eseguite analisi microbiologiche (colture, antibiogrammi, etc.)

- \_\_\_\_\_

- Nel caso in cui il laboratorio non abbia la microbiologia e invii i campioni in service ad altro centro, si prega di indicarlo

- \_\_\_\_\_

- Si prega di indicare se gli esami microbiologici eventualmente eseguiti siano gestiti da un laboratorio specialistico autonomo di microbiologia, oppure da una sezione/unità semplice all'interno del laboratorio analisi

- \_\_\_\_\_

- A4.2 Promozione dell'adesione al sistema di sorveglianza AMR in ambito umano da parte di tutte le strutture di ricovero dotate di laboratori

- Si prega di indicare se il laboratorio trasmette annualmente i dati relativi all'antimicrobico resistenza (AMR) al sistema di sorveglianza AR-ISS/EARS-Net, tramite la Regione Lazio

- \_\_\_\_\_

- Si prega di indicare le motivazioni per le quali il laboratorio non aderisce alla sorveglianza AR-ISS/EARS-Net

- \_\_\_\_\_

• **PP10A5 SORVEGLIANZA DELLE ICA**

- A5.1 Sorveglianza CRE nel territorio aziendale: % di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza, con un grado di copertura >90% al 2025 (verificata attraverso lo “zero reporting” oppure attraverso l’incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile). Verifica annuale del graduale aumento dell’adesione

▪ Si prega di indicare se nella propria struttura è attiva la sorveglianza delle batteriemie da CRE, come da indicazioni ministeriali

▪

▪ .....

▪ Si prega di indicare il numero di batteriemie CRE notificate nell’anno 2022, al momento della compilazione della presente check-list

▪

▪ .....

▪ Si prega di indicare se nella propria struttura, oltre alla sorveglianza delle batteriemie CRE, è attivo un sistema di sorveglianza delle colonizzazioni CRE

▪

▪ .....

▪ Si prega di indicare il numero di tamponi di sorveglianza CRE effettuati nell’anno 2022, al momento della compilazione della presente check-list

▪

▪ .....

- A5.2 Partecipazione delle strutture ospedaliere per acuti alle tre sorveglianze indicate dalla Regione Lazio (attivazione di almeno il 50% delle strutture del territorio entro il 2022). IN ATTESA INDICAZIONI REGIONALI

▪ *Non inserire dati*

▪ *ITEM Non applicabile nell’ambito della presente rilevazione*

- A5.3 Report annuale sulle infezioni correlate all’assistenza da parte dei CC-ICA: % dei CCICA del territorio aziendale che producono un report (ITEM DA DEFINIRE)

▪ *Non inserire dati*

▪ *ITEM Non applicabile nell’ambito della presente rilevazione*

• **PP10A6 SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE ICA**

- A6.1 Verifica avvenuta istituzione CCICA, tramite atto formale, in tutti gli ospedali pubblici (100% entro 2022)

▪ Si prega di riportare gli estremi dell'atto formale di istituzione del CCICA (riferimenti delibera)

▪

▪ .....

- A6.2 Verifica avvenuta attivazione (operatività) CCICA, tramite atto formale, in tutti gli ospedali pubblici (100% entro 2022)

▪ Si prega di riportare gli estremi dell'operatività del CCICA (riferimenti verbale ultima riunione del comitato/commissione)

▪

▪ .....

▪ Si prega di riportare gli estremi dell'operatività del CCICA (riferimenti verbale ultima riunione dell'eventuale gruppo operativo, oppure documento relativo alle attività recenti svolte dal gruppo operativo ICA)

▪

▪ .....

- A6.4 Adesione 100% delle strutture ospedaliere del territorio aziendale ad almeno una buona pratica per la prevenzione e il controllo delle ICA e relativa analisi dei dati (entro 2024)

▪ Si prega di indicare se la struttura ha implementato nell'anno in corso almeno una buona pratica per la prevenzione e il controllo delle ICA

▪

▪ .....

▪ Si prega di riportare gli estremi della/delle buona/e pratica/he adottata/e

▪

▪

▪

▪

▪ .....

- A6.5 Implementazione di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica e nomina di un referente (N. totale di ospedali del territorio) x100. 100% entro 2024

▪ Si prega di indicare se è attivo un sistema di monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica

▪

▪ .....

▪ Si prega di riportare se il sistema traccia i litri di soluzione consumata, per singolo reparto, rispetto alle giornate di degenza del reparto stesso

▪

▪ .....

▪ Si prega di indicare se è stato nominato un referente di questa sorveglianza

▪

▪ .....

• **PP10A7 IMPLEMENTAZIONE E CONSOLIDAMENTO DI PROGRAMMI DI ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP (AS)**

- A7.1 Indagine conoscitiva sulle caratteristiche e sullo stato di implementazione di programmi di AS negli ospedali aziendali (ITEM DA DEFINIRE)

- *Non inserire dati*
- *ITEM Non applicabile nell'ambito della presente rilevazione*

- A7.2 Individuazione AS team negli ospedali del territorio aziendale. Obiettivo 100% entro 2025

- Si prega di riportare gli estremi dell'atto formale di eventuale Antimicrobial Stewardship (AS) Team (riferimenti delibera)
- Si prega di riportare le figure componenti dell'AS Team (ad es., infettivologo, altro clinico, microbiologo, farmacista, igienista, etc.
- 
- .....

• **PP10A8 MONITORAGGIO SULL'USO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO UMANO**

- A8.1 Report di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva degli antimicrobici in ambito ospedaliero

- Si prega di indicare se nell'anno in corso è stato prodotto un report di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva degli antimicrobici in ambito ospedaliero
- 
- .....
- Si prega di riportare quali indicatori sono stati considerati per verificare l'appropriatezza prescrittiva (ad es. consumi, criteri AWARE, durata terapia, durata ospedalizzazione, aderenza Ig, tossicità/eventi avversi, incidenza CDI, etc.)
- 
- 
- 
- .....

- A8.2 Report annuale consumi antibiotici in ambito umano (a partire dal 2022)

- Si prega di indicare se nell'anno in corso è stato prodotto un report dei consumi antibiotici in ambito umano
- 
- .....

- A8.4 Avvio interventi per l'uso appropriato degli antimicrobici nelle RSA

- Si prega di indicare se nell'anno in corso sono stati avviati interventi per l'uso appropriato degli antimicrobici (ITEM applicabile solo a RSA)
- 
- .....
- Si prega di riportare il tipo di interventi adottati
- 
- 
- 
- 
- .....

DATA DI COMPILAZIONE

RIFERIMENTI COMPILATORE/I

ENRICO ROSATI  
12.01.2023 11:15:13  
GMT+00:00





Roma, 20 dicembre 2022

PROT. N. 86/DS/2022

TRASMESSA PER MEZZO POSTA ELETTRONICA

PUBBLICATA SULLA PIATTAFORMA INTRANET AZIENDALE

AUXOROMA.NET AL SEGUENTE PERCORSO:

DOCUMENTI → PARS E PIANO ANNUALE IGIENE DELLE  
MANI

*Alla cortese attenzione*

COMITATO CLINICO DI CONTROLLO DEL RISCHIO SANITARIO,  
DEL S.G.Q. E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA  
(CC-ICA)

*Per conoscenza*

Dr. Alessio MULAS  
DIRETTORE GENERALE

Dr. Pierbiagio CUOMO  
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

**OGGETTO:** Adozione del Piano di azione locale sull'igiene delle mani per l'anno 2023.

Con la presente si dispone l'adozione del **Piano di azione locale dell'igiene delle mani** (CDC\_PIA\_man) per l'anno **2023**, redatto dal *Clinical Risk Manager* ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021, il cui testo è stato condiviso e approvato dal *Comitato di Controllo del rischio clinico, del S.G.Q. e dell'Infezioni Correlate all'Assistenza* (CC-ICA) in occasione della Seduta del 19.12.2022 (si veda Verbale - Nota prot. n. 85/DS del 19.12.2022).

Il succitato documento, oltre a essere trasmesso per mezzo posta elettronica alle SS.LL., è disponibile anche sulla piattaforma *intranet* aziendale al seguente percorso: DOCUMENTI → PARS E PIANO ANNUALE IGIENE DELLE MANI; inoltre, copia cartacea dello stesso sarà consegnata a tutti i componenti del CC-ICA, con preghiera di massima diffusione dei contenuti al personale delle UU.OO. della Casa di Cura e dei nuclei della RSA.

Nel raccomandarsi di attenersi scrupolosamente, ciascuno per il proprio ambito di competenza, a quanto disciplinato dal *Piano* in oggetto al fine di conseguire gli obiettivi prestabiliti dall'Organizzazione in ordine alle modalità e alle scadenze nel medesimo indicate, la circostanza è gradita per porgere distinti saluti.

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Enrico Rosati  
ENRICO ROSATI  
20.12.2022 06:59:12  
GMT+00:00



**Si allega:**

- *Piano di azione locale sull'igiene delle mani per l'anno 2023*, di pagine 158 (allegati compresi).

<b>Auxologico</b>	<b>PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI</b>	CDC_PIA_man  pagina 1 di 11
-------------------	--	-----------------------------------

# PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI

AI SENSI DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G02044 DEL 26.02.2021

“ADOZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI”

ANNO 2023



DATA 1ª EMISSIONE	REDATTO DA	REV.	MOTIVAZIONI AGGIORNAMENTO/ MODIFICA DEL DOCUMENTO	APPROVATO DA
20.12.2021 (PIANO ANNO 2022)	CRM/ds	01 19.12.2022 (PIANO ANNO 2023)	1) Aggiornamento dell'intero documento e degli obiettivi a seguito dell'autovalutazione annuale eseguita dal <i>clinical risk manager</i> . 2) Modifiche e integrazioni apposte dopo revisione da parte del CC-ICA.	CC-CICA nella seduta del 19.12.2022  Per il CC-ICA, il CRM ENRICO ROSATI 20.12.2022 06:58:25 GMT+00:00

	<p>PIANO D'AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 2 di 11</p>
---	---	--

## INDICE

1. PREMESSA E OBIETTIVI .....	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE .....	3
3. SEZIONE A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI.....	4
4. SEZIONE B. FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	6
5. SEZIONE C. VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEED-BACK .....	8
6. SEZIONE D. COMUNICAZIONE PERMANENTE.....	9
7. SEZIONE E. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT.....	10
8. ALLEGATI .....	11

	<p>PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 3 di 11</p>
---	--	--

## 1. PREMESSA E OBIETTIVI

Il presente *Piano di azione locale sull'igiene delle mani* (d'ora in poi "Piano") è stato redatto in ossequio ai contenuti stabiliti dalla Determinazione della Regione Lazio del 26 febbraio 2021, n. G02044 (**allegato n. 1**), recante oggetto: "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani" (B.U.R.L. n. 22, supplemento 2, del 02.03.2021).

Il Piano è stato elaborato dal *Clinical Risk Manager* (CRM), previa approvazione del *Comitato clinico di Controllo delle Infezioni Correlata all'Assistenza* (CC-ICA) ed è inserito tra le attività prioritarie previste dal *Piano Annuale di Rischio Sanitario* (PARS), il quale prevede che vengano illustrate sia le attività programmate sia quelle effettivamente realizzate.

Premesso che gli **ambiti** identificati per la valutazione e la verifica dell'efficacia del Piano, così come definiti dalla summenzionata Determinazione regionale (e alla quale si rimanda per ogni eventuale approfondimento), sono i seguenti:

- **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*.

L'organizzazione, sempre nel rispetto della normativa regionale vigente, nonché, alla luce dei risultati rilevati dal *Questionario di Autovalutazione* (**allegato n. 2**), condotto dal CRM nel mese di dicembre 2022, ha preso atto di **aver conseguito l'obiettivo minimo stabilito dal precedente Piano 2022** ("almeno livello BASE oppure INTERMEDIO in tutte le sezioni") e ha stabilito il seguente obiettivo per l'anno 2023:

Raggiungimento del livello INTERMEDIO in tutte le sezioni entro il 31.12.2023, in armonia con quanto statuito a pag. 19 del *Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani* di cui alla Determinazione della Regione Lazio del 26 febbraio 2021, n. G02044.

Nei successivi paragrafi (3-7), per ciascuna singola sezione/ambito, si descriveranno gli esiti commentati dell'ultimo Questionario di Autovalutazione eseguito (punto "A"), nonché, definite le principali azioni del Piano di azione locale per l'anno 2023 (punto "B").

## 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Piano si applica in tutte le unità operative della Casa di Cura, in tutti i nuclei di assistenza della RSA e in tutte le aree comuni e i servizi della Struttura.

Lo stesso è rivolto a tutto il personale coinvolto, a vario titolo, nelle attività di assistenza e cura della Casa di Cura e della RSA, comprendendo anche gli operatori non sanitari, i familiari, i *caregiver* e, chiunque, a diverso titolo o ragione venga in contatto con la Struttura.

	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI</p>	<p style="text-align: right;">CDC_PIA_man</p> <p style="text-align: right;">pagina 4 di 11</p>
---	--	--

### 3. SEZIONE A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

**A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE.** Punteggio rilevato: 100/100, livello AVANZATO (esito Piano 2022: 85/100, livello AVANZATO).

**Punti di forza.** Sulla base delle evidenze rilevate, i requisiti *strutturali e tecnologici* rappresentano uno dei punti di forza principali sia della Casa di Cura che della RSA.

Ciò in ragione dei seguenti elementi:

1) sono presenti n. 200 dispenser di soluzione biocida disinfettante a base alcolica (etanolo > 75%) per l'igiene delle mani (nome commerciale: Tork® *alcohol liquid hand sanitizer*), con un sistema "a cartucce" (ottimale per evitare contaminazioni da rabbocchi o travasi), **per ogni punto di assistenza<sup>1</sup> della Casa di Cura e della RSA** (si veda scheda tecnica, **allegato n. 3**), oltre a ulteriori circa n. 50 dispenser tradizionali distribuiti nei corridoi delle aree di degenza e nelle aree comuni dedicate all'utenza esterna.

I rifornimenti vengono costantemente effettuati e monitorati sia dai Coordinatori infermieristici delle singole UU.OO. che da parte del personale dell'Ufficio *Servizi Generali*.

2) il rapporto lavandini/letti è di almeno di 1:10;

3) sono presenti in corrispondenza dei lavandini dei servizi igienici e delle infermerie sia il sapone che le salviette monouso;

4) analogamente all'anno precedente, è stato stanziato un *budget* annuale di spesa da parte della Direzione pari ad almeno **€ 7.000,00** (euro settemila/00) dedicato all'approvvigionamento costante dei prodotti per le mani.

**Punti di miglioramento.** Rispetto all'anno precedente si è registrata una maggiore attenzione nel garantire il costante approvvigionamento di sapone e, soprattutto, di salviette monouso (si veda ricognizione del CRM, svolta nel mese di dicembre 2022, di cui all'**allegato n. 2**). Inoltre, sempre nell'anno solare 2022, sono stati sostituiti alcuni porta salviette/porta rotoli obsoleti e/o rotti con altri nuovi e sono stati installati diversi asciugamani elettrici ad aria calda nelle infermerie dei reparti e nei servizi igienici della Casa di Cura che presentavano un elevato afflusso di persone.

L'obiettivo principale, per questo preciso requisito in cui è stato rilevato, per il secondo anno consecutivo, un esito "AVANZATO" (da attribuirsi, in via esclusiva, al costante impegno profuso da parte di tutti gli attori coinvolti dell'organizzazione), è quello di mantenere nel tempo il medesimo risultato.

#### **B. PIANO DI AZIONE LOCALE.**

1) I *dispenser* per l'erogazione di prodotti a base alcolica per l'igiene delle mani devono essere disponibili in tutti i seguenti ambienti:

- stanze di degenza;
- medicherie;
- locali di preparazione dei farmaci;
- ambulatori;
- all'ingresso dei reparti;

<sup>1</sup> 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 (Fonte: Determinazione Regione Lazio 26 febbraio 2021, n. G02044. Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani").

	<b>PIANO D'AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI</b>	CDC_PIA_man  pagina 5 di 11
---	---	-----------------------------------

- locali ristoro/relax;
- sui carrelli adibiti all'attività assistenziale.

Per consentire un facile utilizzo del prodotto, il *dispenser* deve essere accessibile senza doversi allontanare dalla zona in cui si effettuano le prestazioni clinico-assistenziali e, comunque, entro due metri dall'operatore sanitario.

#### **Indicazioni particolari**

- La parte terminale dell'erogatore non deve venire a contatto con le mani dell'operatore durante l'uso. Pulire la confezione se la soluzione antisettica fuoriesce e sporca il flacone.
- Sul flacone va indicata con un pennarello indelebile la data di apertura.
- Le schede tecniche e di sicurezza dei prodotti in uso devono essere presenti in ogni unità operativa.
- Laddove per motivi di sicurezza legati alle caratteristiche cliniche del paziente (ad es. per patologia neurologica o psichiatrica) non sia possibile utilizzare il dispenser fisso vicino al letto del paziente/ospite, si dovrà ovviare fornendo agli operatori confezioni monouso di soluzione idroalcolica ovvero dotando i carrelli di servizio di flaconi portatili.

2) Nelle UU.OO. l'approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani avviene secondo le medesime modalità operative e impiego di modulistica previsti per il rifornimento di farmaci e presidi.

I Coordinatori infermieristici sono tenuti a vigilare sia per le operazioni di approvvigionamento/distribuzione che di monitoraggio dei prodotti per l'igiene delle mani, sotto la supervisione/responsabilità della Direzione sanitaria.

Per le altre aree e servizi (comprese le palestre) è l'Ufficio *Servizi Generali*, con il supporto dei manutentori, che provvederà all'approvvigionamento/monitoraggio dei prodotti per l'igiene delle mani, oltre alle seguenti attività:

- manutenzione dei lavandini e dei *dispenser*;
- segnalazione di eventuali guasti e/o carenze nelle forniture;
- distribuzione dei *dispenser* all'interno della Struttura.

#### **Matrice della Responsabilità**

<i>Azione</i>	<i>Coordinatori infermieristici</i>	<i>Ufficio Servizi Generali</i>	<i>Servizio di Manutenzione interna</i>	<i>Direzione sanitaria</i>
Approvvigionamento e monitoraggio prodotti per l'igiene delle mani: unità operative (aree di degenza).	C	I	I	R
Approvvigionamento e controllo prodotti per l'igiene delle mani: aree comuni, servizi, uffici, palestre.	-	C	I	R
Manutenzione dei lavandini e dei <i>dispenser</i> .	I	R	C	I
Segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture.	I	R	I	C
Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura.	I	C	I	R

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

	<p>PIANO D'AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 6 di 11</p>
---	---	--

#### 4. SEZIONE B. FORMAZIONE DEL PERSONALE

**A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE.** Punteggio rilevato: 90/100, livello **AVANZATO** (esito Piano 2022: 75/100, livello INTERMEDIO).

##### Punti di forza.

Sulla base delle evidenze rilevate, per quanto riguarda la *Formazione del personale*, si registrano i seguenti punti di forza:

- 1) è prevista una specifica attività formativa continua e monitorata per il personale medico, infermieristico, socio-sanitario e medico e per tutte le altre categorie professionali almeno una volta all'anno, attraverso un approccio formativo *blended*. In particolare, nell'anno 2022, sono stati formati n. 8 (otto) formatori e osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani e promosse numerose attività/iniziative sul tema (**allegato n. 4**).
- 2) Il *Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani* e il presente *Piano di azione locale* sono sempre accessibili sulla piattaforma intranet aziendale AuxoRoma.net<sup>2</sup> al percorso: DOCUMENTI → ALTRI REGOLAMENTI, oltre a essere stati capillarmente distribuiti a tutti i Responsabili medici, ai Coordinatori infermieristici, al Coordinatore del personale tecnico-sanitario di Riabilitazione di tutte le UU.OO. della Struttura, al Responsabile dell'Ufficio dei Servizi Generali e al personale interno della manutenzione.
- 3) È stata predisposta, approvata e stabilita la distribuzione della *brochure* sull'igiene delle mani "IGIENE DELLE MANI: QUANDO, COME E PERCHÉ?" dal CC-ICA nella Seduta del 20.12.2021, peraltro stampata in 500 (cinquecento) copie su carta patinata opaca 250 gr. a 4 colori (**allegato n. 5**).
- 4) Sul sito dell'Istituto Auxologico Italiano e sui *social media* ad esso collegati (Facebook, Instagram, LinkedIn, Twitter, Youtube) sono presenti contenuti specifici sull'igiene delle mani, quali, per esempio:

<https://www.auxologico.it/lavarsi-mani-quando-perche-farlo>;

<https://www.auxologico.it/news/giornata-mondiale-lavaggio-mani>;

<https://www.auxologico.it/lavare-mani-chirurgo>;

Istituto Auxologico Italiano: Instagram "Auxologico", storie in evidenza: "Igiene delle mani", al seguente link:

<https://www.instagram.com/stories/highlights/17853412372860866/>.



- 5) Sono presenti, in maniera ben visibile, n. 50 poster in forex, dimensioni 100 x 70 cm, in tutte le UU.OO. e i nuclei di degenza della Struttura, riguardanti la corretta modalità del lavaggio delle mani sia con acqua e sapone che con la soluzione alcoolica e i "5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani", secondo le indicazioni e la l'infografica fornite dalla *World Health Organization*, WHO/Ministero della Salute/Istituto Superiore di Sanità, ISS/Centro nazionale per il controllo e la prevenzione delle malattie, CCM. Inoltre, nei bagni delle medicherie e delle infermerie sono presenti specifici cartelli per sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di una corretta e assidua igiene delle mani.
- 6) Nella Struttura è presente un *Clinical Risk Manager*, con specifiche competenze atte alla promozione di programmi di formazione sull'igiene delle mani, specialista in Igiene e Medicina Preventiva.
- 7) Analogamente all'anno precedente, è stato definito un *budget* annuale di spesa da parte della Direzione pari a **€ 3.000,00** (euro tremila/00) dedicato alla formazione.

<sup>2</sup> Piattaforma intranet aziendale AuxoRoma.net: <http://172.16.2.17/>.



	<p style="text-align: center;"><b>PIANO D'AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI</b></p>	<p style="text-align: right;">CDC_PIA_man</p> <p style="text-align: right;">pagina 7 di 11</p>
---	--	--

**Punti di miglioramento.** Rispetto all'anno precedente, l'organizzazione è riuscita a potenziare le attività formative all'interno della Struttura, riuscendo a formare n. 8 formatori e osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani. Il punto di miglioramento (indicato in giallo, ved. **allegato n. 2**) consiste, essenzialmente, nel poter assicurare una formazione, per tutte le categorie professionali, che preveda una maggiore assiduità. Occorre evidenziare, tuttavia, che tale aspetto non è di semplice, immediata risoluzione, considerato sia il notevole carico assistenziale del personale sanitario e socio-sanitario in ragione dei *setting* presenti nella Struttura sia per l'oggettiva difficoltà di far conciliare la succitata attività formativa con gli altri obblighi formativi previsti *ex lege* quali, per esempio, quelli riguardanti le norme di sicurezza sul posto di lavoro di cui al D. Lgs. n. 81/2008, quelli relativi alla responsabilità amministrativa di cui al D. Lgs. n. 231/2001, quelli in materia di tutela della *privacy* e protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003 e GDPR, Regolamento Europeo, UE 2016/679) e, ancora, formazione ECM, sul rischio infettivo, sulla prevenzione e gestione delle cadute, sull'HACCP, etc.).

A ogni modo, si segnala un'importante crescita culturale dell'organizzazione circa l'importanza di una corretta pratica dell'igiene delle mani sia degli operatori che dei visitatori, nonché, sulla necessità di una sensibilizzazione costante sul tema da parte di tutti gli *stakeholder*.

## **B. PIANO DI AZIONE LOCALE.**

1) L'obiettivo della formazione è quello di promuovere costantemente un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari.

L'organizzazione, a tal riguardo, può avvalersi di diverse metodologie (formazione frontale, a distanza, sul campo, modalità *blended*, mediante poster, *brochure*, *social media* aziendali, contenuti video specifici proiettati sul maxischermo posto all'ingresso della Struttura, somministrazione di questionari di valutazione, altre forme e modalità di sensibilizzazione, etc.), affinché possa essere coinvolta una platea più ampia possibile.

2) Il Piano formativo, per l'anno 2023, prevede almeno un evento formativo, comprensivo di verifica delle competenze, che possa coinvolgere quanti più operatori possibili, ponendo particolare attenzione al personale neoassunto. Il calendario deve essere definito entro il 28.02 dell'anno solare dal *Responsabile della formazione*.

3) I formatori, oltre al CRM, potranno essere identificati anche tra lo stesso personale sanitario della struttura sempre che vi sia evidenza che lo stesso sia stato, a sua volta, adeguatamente formato.

4) L'organizzazione s'impegna a identificare opportunità specifiche per realizzare momenti formativi sia per i formatori che per gli osservatori. Per quest'ultimi, in particolare, occorrerà prevedere una formazione specifica aggiuntiva consistente in un addestramento sul campo sotto la supervisione di un *tutor* esperto.

6) Nell'ambito degli incontri annuali del CC-ICA si dovrà considerare, tra gli argomenti all'ordine del giorno, l'aggiornamento del materiale per la formazione e la sostituzione di quello obsoleto, laddove ritenuto necessario.

Riepilogando, la formazione, con obiettivi formativi differenziati, è rivolta a tre principali categorie di operatori:

a. Formatori: sono le figure che saranno incaricate di formare, anche con sessioni pratiche, gli operatori sanitari. Per questo motivo dovrebbero essere scelti fra professionisti adeguatamente competenti e motivati oltre che sufficientemente autorevoli all'interno di specifici *team*.

b. Osservatori: il loro ruolo è fondamentale per consentire alle Strutture di porre in atto un'adeguata attività di monitoraggio e di *feedback* nei confronti dei propri operatori (si veda anche paragrafo successivo).

c. Operatori sanitari. Contenuti minimi della formazione per gli Operatori:

- definizione e impatto delle ICA;
- principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- la prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
- l'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;
- strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA.

	<p>PIANO D'AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 8 di 11</p>
---	---	--

## 5. SEZIONE C. VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E *FEED-BACK*

**A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE.** Punteggio rilevato: 35/100, livello BASE (esito Piano 2022: 35/100, livello BASE).

Nella Struttura vengono regolarmente eseguiti i controlli sulla disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.), verificate le conoscenze degli operatori ed eseguiti i monitoraggi (indiretti) sul consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani (che deve essere **pari ad almeno 20 litri per 1000 giorni/paziente<sup>3</sup>**) e che, allo stato attuale, consentono di raggiungere il livello "base".

Il **punto di miglioramento** principale (nonché la sfida maggiormente impegnativa per il prossimo futuro dell'intera organizzazione) è rappresentato dalla realizzazione di un'attività di **monitoraggio diretto** ovvero di verifica della corretta pratica dell'igiene delle mani svolto da osservatori formati (c.d. indagine di osservazione diretta mediante l'impiego delle schede predisposte *ad hoc*), adottando un approccio graduale in attesa di implementare a regime una modalità di rilevazione sistemica.

Nell'anno 2022, attraverso la già citata attività di formazione di n. 8 formatori e osservatori, sono state gettate le basi affinché si possa concretamente realizzare, in una o più UU.OO. della Struttura, un'azione di monitoraggio effettivo per l'anno 2023.

### B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

1) L'Ufficio *Servizi generali* e il *Servizio farmaceutico* sono tenuti al monitoraggio del consumo dei prodotti per l'igiene delle mani attraverso la redazione di specifici **report trimestrali**, da trasmettere alla direzione sanitaria entro il giorno 15 del mese successivo al trimestre di riferimento (per esempio, entro il 15.04 saranno comunicati i risultati relativi al I trimestre dell'anno solare), riguardanti i seguenti aspetti:

- consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani nella Struttura;
- consumo di sapone nella Struttura;
- monitoraggio del consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani in relazione al consumo minimo stabilito pari ad almeno 20 litri per 1000 gg./paziente (i dati sulle giornate di occupazione dei pazienti sono forniti dall'Ufficio SIO).

2) Avvio di un progetto riguardante l'inizio di un'attività di valutazione e *feedback* con successiva diffusione dei risultati prevedendo l'esecuzione di almeno n. 1 rilevazione individuando, quale obiettivo principale, quello di un numero minimo di n. 200 opportunità per unità operativa e/o categoria professionale.

<sup>3</sup> Standard di riferimento stabilito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS: "[omissis] consumo  $\geq$  20 litri di gel che ogni 1000 giornate di degenza vengono utilizzati dal personale sanitario, pazienti e caregiver").

	<p>PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 9 di 11</p>
---	--	--

---

## 6. SEZIONE D. COMUNICAZIONE PERMANENTE.

---

**A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE.** Punteggio rilevato: 100/100, livello AVANZATO (esito Piano 2022: 70/100, livello INTERMEDIO).

Sulla base delle evidenze rilevate, per quanto riguarda la *comunicazione permanente*, risulta che sono stati esposti nelle aree di degenza della Struttura n. 50 poster che illustrano la corretta tecnica di lavaggio delle mani e come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica, con aggiornamento regolare. Inoltre sono stati messi in atto, concretamente, tutti i punti di miglioramento individuati nel Piano precedente, quali, per esempio, il rendere costantemente disponibili opuscoli informativi sull'igiene delle mani, nonché, "promemoria" sul posto di lavoro (*screensaver*, spille, adesivi, etc.) ed altre iniziative già descritte nell'**allegato n. 4**.

Infine, la Direzione ha sostenuto l'iniziativa riguardante la pubblicazione di un manuale tascabile, distribuito a tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari della Struttura, dal titolo: "*Protocolli sanitari standard*" (all'interno della Casa di Cura e della RSA, predisposto da uno specifico gruppo di lavoro intraziendale e coordinato dal CRM, in cui il numero di occorrenze del termine "**igiene delle mani**" è presente per ben n. 96 volte (in pratica ricorre in ogni pagina del documento).

### **B. PIANO DI AZIONE LOCALE.**

Nell'ambito delle attività del CC-ICA si eseguiranno, nell'arco dell'anno solare, le seguenti azioni:

- definire i requisiti per aggiornare e/o fornire nuovi materiali;
- fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, *brochure*, etc.) in tutti gli ambienti clinici;
- assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti;
- distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici;
- pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi dai poster e da opuscoli.

	<p>PIANO D'AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 10 di 11</p>
---	---	---

## 7. SEZIONE E. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

**A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE.** Punteggio rilevato: 95/100, livello **AVANZATO** (esito Piano 2022: 60/100, livello INTERMEDIO).

**Punti forza.** I punti di forza emersi dal *Questionario di Autovalutazione* sono:

- 1) presenza di una *Direzione Strategica* che s'impegna visibilmente, attraverso azioni concrete, nel sostenere le azioni di promozione e di miglioramento sulla pratica dell'igiene delle mani, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità (si veda anche pf. 6).
- 2) Esistenza di un programma per la promozione dell'igiene delle mani, anche in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani (5 maggio), predisposto e discusso annualmente in sede di CC-ICA.
- 3) Coinvolgimento dei pazienti/familiari/*caregiver* sul tema dell'importanza dell'igiene delle mani anche attraverso specifici contenuti pubblicati periodicamente sui *social media* di "Auxologico" (si veda anche pf. 4).

**Punti di miglioramento.** Rispetto al precedente Piano 2022, l'unico punto di miglioramento che non è stato sistematicamente implementato è quello di aumentare la frequenza degli incontri dello specifico sottogruppo/*team*, che pur è stato individuato nell'ambito delle ordinarie attività del CC-ICA, dedicato al tema dell'igiene delle mani per la promozione di interventi attivi sull'igiene delle mani e con lo scopo di concorrere al conseguimento di tutti gli obiettivi prestabiliti dal presente *Piano*.

Giova evidenziare, invece, che l'identificazione dei *leader/promotori* dell'igiene delle mani, l'attuazione di specifiche azioni per il *miglioramento continuo* attraverso l'uso di differenti canali (per esempio, strumenti *e-learning*; comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani, quali, *newsletter*, etc.; sistemi di responsabilizzazione/incentivazione del personale per sviluppare una maggiore attenzione e sensibilizzazione, anche mediante iniziative per premiare e/o riconoscere comportamenti virtuosi da parte dei singoli operatori sanitari/unità operative/servizi; etc.), sono tutte misure che, nel corso dell'anno solare 2022, sono state promosse e realizzate.

### B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

Nell'ambito delle regolari riunioni e attività del *Piano Annuale di Rischio Sanitario* (PARS, in precedenza PAICA) l'implementazione del presente *Piano di azione locale* costituisce uno degli obiettivi prioritari.

Il CC-ICA, in raccordo con la Direzione sanitaria, anche attraverso l'istituzione di uno specifico sottogruppo/*team* operativo, rappresenta l'organismo principale per la promozione di tutte le attività e le azioni connesse al tema dell'igiene delle mani, così come definite dal presente *Piano*.

	<p>PIANO D'AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI</p>	<p>CDC_PIA_man</p> <p>pagina 11 di 11</p>
---	---	---

---

## 8. ALLEGATI

---

- **ALLEGATO n. 1.** Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044. Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani”, di pagine 49.
- **ALLEGATO n. 2.** Questionario di Autovalutazione (comprensivo dell'allegato n. 1: Requisiti strutturali e tecnologici. Ricognizione del *Clinical Risk Manager*), dicembre 2022, di pagine 11.
- **ALLEGATO n. 3.** Schede tecniche soluzione alcolica e di altri specifici prodotti impiegati nella Casa di Cura per l'igiene delle mani, di pagine 24.
- **ALLEGATO n. 4.** Principali iniziative promosse e realizzate nell'anno 2022 sul tema della pratica dell'igiene delle mani, di pagine 59.
- **ALLEGATO n. 5.** *Brochure* sull'igiene delle mani “IGIENE DELLE MANI: QUANDO, COME E PERCHÈ?”, di pagine 4.

(Totale allegati: pagine 147).

## **Regione Lazio**

### **DIREZIONE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

#### **Atti dirigenziali di Gestione**

Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044

**Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".**

**OGGETTO:** Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani”.

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE  
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

**SU PROPOSTA** del Dirigente dell’Area Rete Ospedaliera e Specialistica;

**VISTA** la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

**VISTA** la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

**VISTA** la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la legge regionale n. 18/94 recante “*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*”;

**VISTA** la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

**VISTO** il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l’organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2020 n. 1044, con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Massimo Annicchiario;

**PRESO ATTO** che con Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309 (come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00593 del 16 dicembre 2015) è stato approvato il “Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018” che, al Progetto 7.3 prevede una serie di obiettivi e di attività per il “contenimento delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”

**PRESO ATTO** che con DCA n. U00563 del 19/11/2015 è stato istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CR-CCICA) e costituito il Gruppo di Approfondimento Tecnico per le ICA;

**VISTO** il DCA n. U00052 del 22.02.2017 Programma Piano Operativo 2016-2018 relativo al Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale;

**VISTA** l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che in data 2 novembre 2017 ha approvato il “Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020”;

**VISTA** la Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;

**CONSIDERATO** che all’art. 2, comma 4 la suddetta Legge stabilisce che “in ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”;



**VISTA** la Determinazione n. G16829 del 06 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ai sensi della L. 24/2017”;

**VISTO** il DCA U00400 del 29 /10/2018 recante “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”;

**VISTO** il Decreto del Commissario ad acta del 24 dicembre 2019, n. U00517 recante “Rinnovo mandato Centro Regionale Rischio Clinico e Integrazione componenti”;

**RITENUTO** prioritario per la Regione Lazio assicurare un adeguato coordinamento delle politiche di gestione del rischio clinico al fine ultimo di garantire a tutti gli utenti un omogeneo trattamento, dando risposte alla collettività in termini di efficienza, trasparenza ed equità;

**VISTA** la nota prot. n. U.0556580 del 25 giugno 2020 di “istituzione del Gruppo di lavoro per l’elaborazione di un Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani”;

**VISTO** il “Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani” elaborato dal Gruppo di lavoro e dal Centro Regionale Rischio Clinico, che forma parte integrante del presente provvedimento;

### **DETERMINA**

per le motivazioni espresse in premessa, che vengono integralmente richiamate:

1. di approvare il “Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani” (di seguito “Piano”, Allegato 1), che forma parte integrante del presente provvedimento;
2. di stabilire che tutte le strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale (di seguito “Strutture”) dovranno:
  - a. effettuare l’autovalutazione prevista dal Piano e elaborare un piano di azione locale sulla base dei risultati del questionario entro un termine di quattro mesi dalla data di adozione;
  - b. l’autovalutazione e il relativo piano di azione locale, nel caso di Strutture con più presidi o stabilimenti, dovranno essere specifici per ogni presidio/stabilimento;
  - c. a eccezione dei casi specificamente previsti nel Piano, a cui si rimanda per i dettagli operativi, l’autovalutazione e il piano di azione locale dovranno essere elaborati con cadenza annuale;
  - d. il piano di azione locale dovrà essere inserito fra le attività previste dal Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA) a partire dal PAICA 2022. A partire dal 2023, le Strutture, all’interno del paragrafo 1.2 del PAICA, recante “Resoconto delle attività”, dovranno anche inserire una sezione specifica che riporti il resoconto del piano di azione locale dell’anno precedente;
  - e. delle attività previste dal piano di azione locale dovrà essere fornita opportuna evidenza documentale per le attività di verifica e controllo da parte dei competenti organi di vigilanza, nonché per il monitoraggio da parte del Centro Regionale Rischio Clinico (di seguito CRRC);
3. di stabilire che le Strutture dovranno raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi previsti dal Piano.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di centoventi giorni, decorrenti dalla data di notifica o pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

**IL DIRETTORE**  
Massimo Annicchiarico



REGIONE  
LAZIO

# PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

## **Autori del documento:**

*Giuseppe Sabatelli<sup>1</sup>; Filippo Berloco<sup>2</sup>; Angelica Carnevale<sup>3</sup>; Marta Ciofi degli Atti<sup>4</sup>; Lorena Martini<sup>5</sup>; Maurizio Musolino<sup>1</sup>; Vincenzo Puro<sup>1</sup>; Massimiliano Raponi<sup>4</sup>; Enrico Rosati<sup>6</sup>.*

## **Hanno collaborato alla elaborazione del documento:**

*Maria Adriana Cataldo<sup>7</sup>; Paola Scognamiglio<sup>7</sup>; Alessandra Barca<sup>8</sup>; Giuseppe Spiga<sup>9</sup>; Daniela Russetti<sup>10</sup>; Anna Santa Guzzo<sup>1</sup>; Antonio Silvestri<sup>1</sup>; Giuseppe Vetrugno<sup>1</sup>.*

*<sup>1</sup>Centro Regionale Rischio Clinico Lazio; <sup>2</sup>Nomentana Hospital; <sup>3</sup>Policlinico Tor Vergata; <sup>4</sup>Ospedale Pediatrico Bambino Gesù; <sup>5</sup>Agenas; <sup>6</sup>Casa di Cura Ancelle Francescane del Buon Pastore; <sup>7</sup>Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani; <sup>8</sup>Area Promozione della Salute e Prevenzione; <sup>9</sup>Area Rete Ospedaliera e Specialistica; <sup>10</sup>Area Autorizzazioni e Accreditamento.*

Prima emissione: 19 febbraio 2021



CENTRO REGIONALE  
RISCHIO CLINICO

# PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

## INDICE

<b>1.0</b>	<b>Introduzione</b>	<b>2</b>
<b>2.0</b>	<b>Obiettivi del documento</b>	<b>4</b>
<b>3.0</b>	<b>Ambiti di applicazione</b>	<b>4</b>
<b>4.0</b>	<b>Glossario</b>	<b>4</b>
<b>5.0</b>	<b>Modello teorico di riferimento</b>	<b>5</b>
<b>6.0</b>	<b>L'igiene delle mani</b>	<b>7</b>
6.1	<i>Indicazioni particolari</i>	9
<b>7.0</b>	<b>I cinque momenti dell'igiene delle mani</b>	<b>10</b>
7.1	<i>La zona paziente</i>	12
7.2	<i>L'area assistenziale</i>	13
<b>1</b>	<b>Prima del contatto con il paziente</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>Prima di una manovra asettica</b>	<b>15</b>
<b>3</b>	<b>Dopo esposizione a un liquido biologico</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>Dopo il contatto con il paziente</b>	<b>17</b>
<b>5</b>	<b>Dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente</b>	<b>18</b>
	<b>PIANO DI INTERVENTO REGIONALE</b>	<b>19</b>
	<b>SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI</b>	<b>21</b>
	<b>SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>	<b>24</b>
	<b>SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK</b>	<b>28</b>
	<b>SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE</b>	<b>36</b>
	<b>SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT</b>	<b>38</b>
<b>8.0</b>	<b>Riferimenti bibliografici e normativi</b>	<b>41</b>
	<b>Allegati</b>	<b>41</b>
	<b>Strumenti di supporto</b>	<b>41</b>

## 1.0 INTRODUZIONE

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

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

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

Le ICA rappresentano uno dei principali problemi per la sicurezza dei pazienti, e hanno un impatto clinico ed economico rilevante per i servizi sanitari, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano: prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, una significativa mortalità in eccesso.

In Europa, le ICA provocano ogni anno:

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

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

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

(CRE) e l'*Acinetobacter* spp., responsabili di gravi infezioni, sono diventati molto frequenti in ambito assistenziale ospedaliero.

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

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

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

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

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del "tutto o nulla" dei *bundle* (vedi Capitolo 5.0), debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione.

Anche nella gestione dell'emergenza pandemica da SARS-Cov-2, l'igiene delle mani, associata al distanziamento fisico e all'etichetta respiratoria, rappresenta un elemento di cruciale importanza per ridurre la trasmissione del virus in tutti gli ambiti, professionali e no. In ambito lavorativo, in particolare, i dispositivi medici e i dispositivi di protezione individuale sono efficaci per la protezione degli operatori solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che comprende

controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici, tra i quali quelli relativi all'igiene delle mani.

**NB:** Il documento rappresenta lo stato dell'arte delle conoscenze al momento della sua emissione e non esime gli operatori dalla necessità di un aggiornamento continuo sugli argomenti trattati.

## 2.0 OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

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 dei documenti OMS<sup>1</sup>.

## 3.0 AMBITI DI APPLICAZIONE

<b>A CHI</b>	Il documento è rivolto alle direzioni delle Strutture e agli esercenti la professione sanitaria del SSR.
<b>DOVE</b>	Il documento trova applicazione in tutte le Strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private del SSR.
<b>PER CHI</b>	Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e delle Strutture.
<b>QUANDO</b>	Qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo. <b>NB:</b> Le indicazioni contenute nel documento non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.

## 4.0 GLOSSARIO

<b>Antisepsi delle mani</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>Agente antisettico</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>Bundle</b>	Un bundle è un insieme contenuto (da 3 a 5) di interventi, comportamenti e/o pratiche <i>evidence-based</i> , rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati congiuntamente e 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.
<b>CCICA</b>	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

<sup>1</sup> I documenti e le immagini prodotti dall'OMS e utilizzati per il documento sono stati tradotti e adattati al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>.

<b>Colonizzazione</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>CRRC</b>	Centro Regionale Rischio Clinico.
<b>Disinfezione</b>	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.
<b>Frizione antisettica</b>	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.
<b>ICA</b>	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.
<b>Igiene Ospedaliera</b>	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 <i>setting</i> assistenziale (ospedale, ambulatorio, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.
<b>Infezione</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>PAICA</b>	Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza.
<b>Punto di Assistenza</b>	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.

## 5.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Per questo documento non è stato possibile adottare il modello teorico dell'acquedotto romano, utilizzato in altri documenti di indirizzo regionali, poiché si è ritenuto che gli aspetti legati alla prevenzione, al monitoraggio e al controllo delle ICA, pur riconoscendo elementi costitutivi separati fra loro, e che coinvolgono responsabilità diverse, dal Direttore Sanitario fino all'operatore al letto del paziente, non possano essere assimilati a un normale processo clinico-assistenziale, cui quel modello si riferisce.

Un processo clinico-assistenziale, infatti, ha una sola direzione (come l'acqua che scorre nell'acquedotto) e può essere scomposto in momenti fondamentali (le colonne) posti in successione diacronica fra loro e collegati da archi che sono invece costituiti da elementi quali: la competenza, la comunicazione, il clima organizzativo, le *non-technical skill* e tutti gli aspetti relativi alla



complessità dei sistemi sanitari. A differenza degli elementi contenuti nelle colonne, come già detto in altri documenti regionali, le “pietre” che costituiscono l’arco non sono proceduralizzabili, e inoltre devono essere tutte sincronicamente presenti nel processo clinico-assistenziale. In altri termini la mancanza anche solo di una “pietra” indebolisce l’arco, potendo arrivare a rappresentare un elemento causale o contribuente di un evento avverso legato alla improvvisa deviazione del processo fuori dalla zona di accettabilità, analogamente alle falle del modello di Reason.

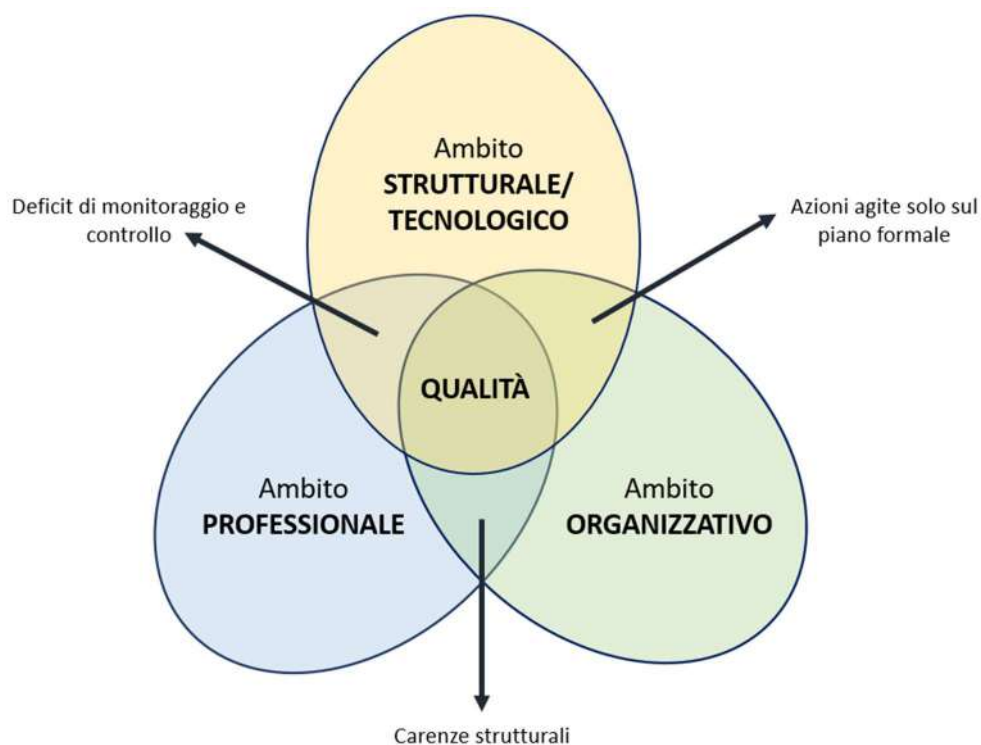
Nel caso delle ICA, similmente a quanto accade nei *bundle*, **tutti gli elementi contenuti negli ambiti Strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale devono essere sincronicamente presenti** se si vuole raggiungere il risultato, e cioè prevenire, monitorare e controllare efficacemente le ICA. **Per questo, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità normativamente attribuite, è fondamentale un pieno ed esplicito mandato da parte della Direzione strategica/proprietà della Struttura.** Eventuali criticità presenti nei diversi ambiti possono produrre differenti forme di inefficacia (vedi Figura 1): solo il rispetto di tutto il *bundle* dei requisiti può garantire il raggiungimento dello standard di qualità atteso. Per gli scopi del documento, gli ambiti vanno intesi come di seguito specificato:

**Ambito Strutturale/Tecnologico**: requisiti di cui il sistema ha materialmente bisogno per il raggiungimento dello standard di qualità prefissato (ad esempio: percorsi sporco/pulito, ascensori dedicati per lo sporco, procedure specifiche, stanze di isolamento, ecc.);

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

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

**Figura 1 – Gli ambiti da presidiare per un efficace governo delle ICA**



## 6.0 L'IGIENE DELLE MANI

La pratica dell'igiene delle mani è importante in tutti i momenti dell'assistenza e in ogni contesto assistenziale, può essere effettuata nei seguenti modi:

1. **Frizione con soluzione alcolica:** ha l'obiettivo di ridurre la cosiddetta flora microbica transitoria.
  - a. Prodotto da utilizzare: soluzioni a base alcolica conformi alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791;
  - b. Tempo di lavaggio: 20-30 secondi.

**Come eseguirla** (Figura 2): applicare il prodotto sul palmo della mano e frizionare tra loro le mani coprendo tutta la superficie dei palmi e del dorso, delle dita, degli spazi interdigitali e ungueali, fino a che le mani sono asciutte.

Rappresenta il metodo di prima scelta per l'igiene delle mani, in quanto è veloce, efficace e ben tollerato dalla cute. Sostituisce il lavaggio cosiddetto sociale (eseguito con acqua e sapone) e quello antisettico (eseguito con acqua ed antisettico). Inoltre può essere effettuata, con tempi e modalità diversi da quelli descritti, anche in sostituzione del lavaggio chirurgico, ambito che però non rientra in questo documento. Inoltre può essere reso disponibile al punto di assistenza e non necessita di particolari infrastrutture (ad es.: lavandino, sapone, salviette asciugamani).

**Figura 2 – Come praticare l'igiene delle mani con soluzione alcolica**



2. **Lavaggio con acqua e sapone o con acqua e sapone antisettico:** l'uso del sapone consente l'allontanamento meccanico della flora microbica transitoria, mentre il sapone antisettico esercita anche un effetto antimicrobico.

- a. Prodotti da utilizzare: comune detergente o detergente antisettico;
- b. Tempo di lavaggio: 40-60 secondi.

**Come eseguirlo** (Figura 3):

- bagnarsi con acqua le mani;
- applicare una dose di detergente sufficiente a coprire tutta la superficie delle mani;
- insaponare il palmo e il dorso delle mani l'una contro l'altra per permettere al detergente di venire in contatto con tutta la superficie soggetta al lavaggio, compresi il pollice, gli spazi interdigitali ed ungueali;
- risciacquare bene le mani facendo scorrere l'acqua dalle dita verso i polsi;
- asciugare le mani usando una salvietta monouso;
- se il lavandino è sprovvisto di rubinetto a gomito o a pedale, chiuderlo con l'ultima salvietta utilizzata.

**Figura 3 – Come praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone**



L'igienizzazione delle mani con acqua e sapone deve essere sempre eseguita quando:

- sono visibilmente sporche;
- sono contaminate da materiale biologico;
- è probabile o accertata l'esposizione a microrganismi sporigeni (come il genere *Clostridium*);
- dopo l'uso dei servizi igienici

3. **Lavaggio chirurgico:** Vengono utilizzati gli stessi principi attivi del lavaggio antisettico, con l'obiettivo di eliminare la flora batterica transitoria e ridurre la flora residente, con un'attività antimicrobica persistente.

**NB:** Questo tipo di lavaggio non rientra nell'ambito di applicazione di questo documento.

### 6.1 Indicazioni particolari

Per una corretta igiene delle mani è necessario:

1. Non indossare anelli, bracciali e orologi durante l'attività lavorativa: la cute al di sotto di anelli e gioielli è più colonizzata di quella scoperta;
2. Rimboccare le maniche al gomito se necessario;
3. Tenere le unghie corte e ben curate, non utilizzare unghie artificiali o ricostruite, non utilizzare smalto per le unghie: diversi studi indicano che per gli operatori sanitari l'assenza di smalto sulle unghie sia l'opzione più sicura per prevenire la trasmissione delle infezioni. In particolare sembra che lo smalto sbeccato, in gel, o indossato da più di quattro giorni possa ospitare microrganismi che non vengono rimossi con il lavaggio delle mani, neanche quello chirurgico;
4. Mantenere la cute integra e elastica: alterazioni dello strato superficiale dell'epidermide favoriscono la colonizzazione da parte, ad esempio, di *Staphylococcus aureus* e batteri Gram negativi. Al fine di ridurre il rischio di insorgenza di dermatiti fra gli operatori sanitari occorre evitare di:
  - a. Lavarsi le mani con acqua troppo calda;
  - b. Indossare i guanti quando le mani non sono perfettamente asciutte;
  - c. Indossare guanti quando non è necessario;
  - d. Lavare le mani con acqua e sapone immediatamente prima o dopo l'uso di una soluzione alcolica.

Occorre inoltre fare attenzione a:

- a. Strofinare le mani fino a quando il prodotto a base di alcol non è completamente evaporato;
- b. Asciugare accuratamente le mani con salviette monouso dopo averle lavate con acqua e sapone;
- c. applicare regolarmente una crema protettiva per le mani.

**NB: L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani.** Le indicazioni per l'igiene delle mani sono indipendenti da quelle che giustificano l'uso di guanti (sterili o non sterili). L'uso del guanto non modifica o sostituisce le indicazioni per l'igiene delle mani: è piuttosto la corretta igiene delle mani a consentire l'utilizzo appropriato e corretto dei guanti.

**I prodotti per l'igiene delle mani devono essere conservati nel loro flacone originale.** I flaconi parzialmente vuoti non vanno mai rabboccati, per evitarne la contaminazione batterica. È necessario sostituire l'intero flacone. Gli erogatori vanno regolarmente puliti.

## 7.0 I CINQUE MOMENTI DELL'IGIENE DELLE MANI

L'assistenza sanitaria può essere descritta come una successione di azioni durante le quali le mani degli operatori toccano superfici diverse (ad es.: la cute e/o le mucose del paziente, ferite e abrasioni, cateteri venosi, comodini, dispositivi medici, rifiuti, cibo, urine, ecc.). La trasmissione di microrganismi da una superficie all'altra deve essere interrotta, e ogni contatto va considerato come una potenziale fonte di contaminazione **da o verso** le mani dell'operatore sanitario. Di seguito si elencano, a titolo di esempio, alcune situazioni che comportano un contatto delle mani a rischio di trasmissione:

- a. contatto con la cute integra del paziente e con i suoi effetti personali;
- b. contatto con: mucose, cute non integra, dispositivo medico invasivo (ad esempio un accesso vascolare, un sito critico di rischio infettivo per il paziente, come mostrato nella Figura 6);
- c. contatto con un sito a rischio di esposizione a un fluido biologico per l'operatore sanitario (ad es. una sacca per l'urina, un sito critico di rischio di esposizione per l'operatore, come mostrato nella Figura 6);
- d. contatto con oggetti nell'ambiente che circonda il paziente.

Tutti i soggetti coinvolti nella erogazione di prestazioni clinico-assistenziali sono tenuti a praticare l'igiene delle mani per arrestare la trasmissione di microrganismi potenzialmente patogeni: questo significa che, a parte il personale amministrativo, **tutti gli operatori sanitari per tutte le attività sanitarie in qualsiasi setting assistenziale, sono tenuti a praticare in maniera efficace una corretta igiene delle mani.**

L'OMS ha stabilito cinque momenti in cui è necessario effettuare l'igiene delle mani, di seguito specificati (Figure 4 e 5):

1. Prima del contatto con il paziente;
2. Prima di una manovra asettica;
3. Dopo esposizione a un liquido biologico;
4. Dopo il contatto con il paziente;
5. Dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente.

Due dei cinque momenti si verificano **PRIMA** del contatto con il paziente o dell'esecuzione di una procedura sanitaria, e hanno lo scopo di proteggere il paziente dal rischio di trasmissione di microrganismi. Gli altri tre momenti si verificano **DOPO** il contatto con il paziente o l'esposizione a liquidi biologici, e hanno lo scopo di prevenire il rischio di trasmissione microbica all'operatore sanitario, agli altri pazienti e all'ambiente circostante. Durante una sequenza di attività sanitarie, alcune indicazioni possono coincidere nello stesso momento (vedi Figura 9).

L'approccio metodologico alla base dei cinque momenti cerca di andare oltre la definizione di una lista, che non potrebbe mai essere esaustiva, di azioni e situazioni che richiedono l'igiene delle mani, per concentrarsi invece sui momenti essenziali di qualsiasi processo clinico-assistenziale nei quali bisogna praticarla.

Come meglio specificato al capitolo 7.1, la corretta pratica dell'igiene delle mani non è limitata ai pazienti a letto, ma deve essere legata alle azioni e situazioni che la rendono obbligatoria, indipendentemente dal luogo in cui si trova il paziente (Figure 4 e 5).



Figura 4 – I cinque momenti al letto del paziente

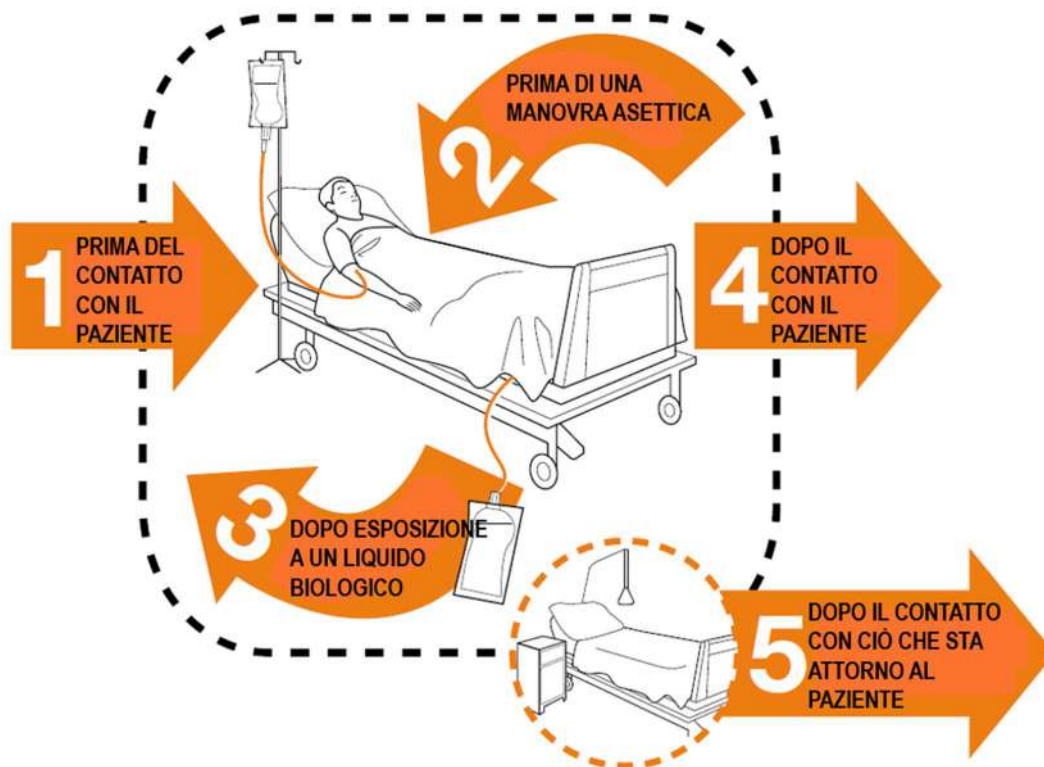
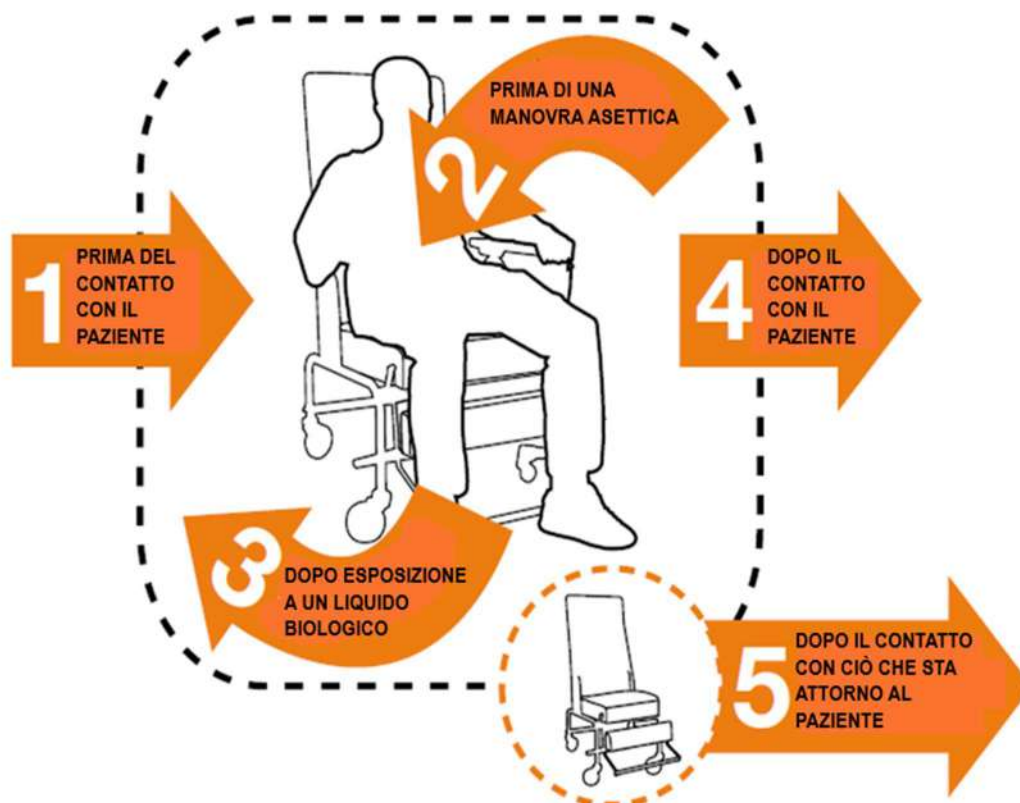


Figura 5 – I cinque momenti nel caso di un paziente su sedia a ruote



La necessità di praticare l'igiene delle mani, pertanto, è strettamente correlata alle attività clinico-assistenziali che gli operatori sanitari svolgono nell'area che circonda il paziente. Per ogni paziente è possibile dividere l'ambiente in due zone principali, la **zona paziente** e la **zona assistenziale** (vedi Figura 6).

### 7.1 La zona paziente

I cinque momenti per l'igiene delle mani identificati dall'OMS e di seguito descritti, sono focalizzati sui contatti che si verificano all'interno di questa zona, che comprende il paziente e tutte le superfici inanimate e gli oggetti che sono toccati dal paziente o che sono a diretto contatto fisico con il paziente come, ad esempio: sponde del letto, comodino, biancheria, cannule per infusione e altri dispositivi medici. Comprende anche superfici frequentemente toccate durante le manovre assistenziali, come monitor e altre superfici tattili. La zona paziente è contaminata dalla flora del paziente stesso.

**Figura 6 – La zona paziente e la zona assistenziale**



La zona del paziente non è un'area statica, ma "accompagna" il paziente ovunque si rechi, ad esempio mentre lo si assiste alla toilette. Inoltre non riguarda solo i pazienti a letto, ma vale anche per i pazienti seduti su una sedia a ruote (vedi Figura 5) o che devono essere trattati in aree della Struttura diverse dalla stanza di degenza come, ad esempio, quelle dove si effettuano trattamenti fisioterapici. Gli oggetti e le superfici temporaneamente esposti al paziente, come un bagno comune, un lettino di fisioterapia o di radiologia, devono essere decontaminati dopo il contatto con il paziente.

Qualsiasi dispositivo riutilizzabile deve essere decontaminato quando entra ed esce dalla zona paziente. Oggetti non dedicati alla cura del paziente, come la

cartella clinica, non devono essere considerati come facenti parte della zona paziente, indipendentemente dalla loro vicinanza al paziente. **È opportuno in ogni caso evitare di contaminare i raccoglitori della documentazione sanitaria lasciandoli nella stanza di degenza o poggiandoli sul letto, in caso di trasporto del paziente per procedure diagnostiche e/o terapeutiche.**

**Ove possibile, la documentazione sanitaria non dovrebbe entrare nella stanza del paziente.** Gli effetti personali, invece, sono parte della zona del paziente in quanto non devono essere spostati da essa.

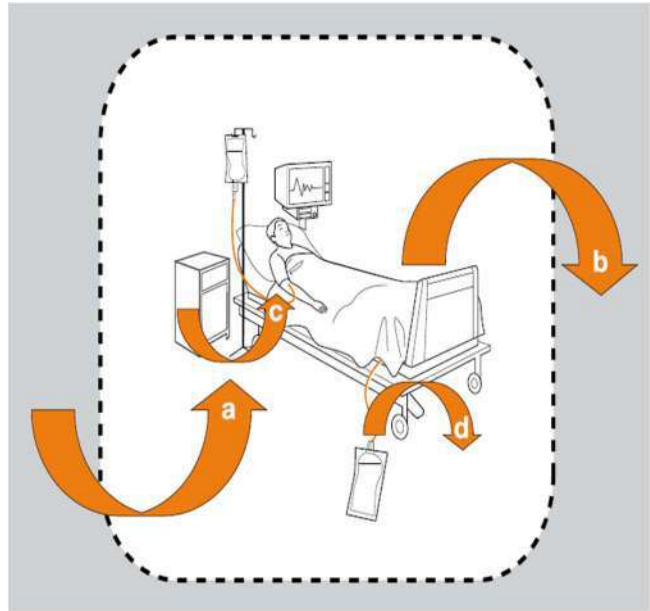
## 7.2 La zona assistenziale

Corrisponde a tutto quanto sta al di fuori della zona paziente, vale a dire altri pazienti e le rispettive zone e il più ampio ambiente sanitario. Nella maggior parte dei *setting*, la zona assistenziale è caratterizzata dalla presenza di numerosi microrganismi, compresi i microrganismi multiresistenti.

Lo scopo dell'igiene delle mani è interrompere la trasmissione dei microrganismi attraverso le mani (vedi Figura 7):

- tra la zona assistenziale e la zona paziente;
- tra la zona paziente e la zona assistenziale;
- in un sito critico che presenta un rischio infettivo per il paziente (ad es.: mucose, pelle non integra, dispositivo medico invasivo);
- in un sito critico che presenta il rischio di esposizione a liquidi biologici.

**Figura 7 – Dinamica della trasmissione dei microrganismi**





**1****PRIMA DEL  
CONTATTO CON IL  
PAZIENTE****QUANDO?** Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini.**PERCHÉ?** Per proteggere il paziente nei confronti di microrganismi patogeni presenti sulle tue mani.

Questo momento precede il contatto con la cute integra e/o con gli indumenti del paziente. L'igiene delle mani può essere eseguita sia entrando nella zona paziente, mentre ci si avvicina al paziente, o immediatamente prima del contatto (Figura 8.1).

Il contatto con le superfici e gli oggetti che circondano il paziente può verificarsi tra il momento in cui si entra nella zona paziente e il contatto con il paziente: l'igiene delle mani non va praticata prima di toccare queste superfici, ma prima del contatto con il paziente. Se, dopo aver praticato l'igiene delle mani, si verificano contatti con l'ambiente circostante il paziente, l'igiene delle mani non va ripetuta.

**Esempi:**

- prima di stringere la mano a un paziente o di toccare la fronte di un bambino;
- prima di assistere un paziente nelle attività di cura personale: muoversi, lavarsi, mangiare, vestirsi, ecc.;
- prima di prestare cure e altri trattamenti non invasivi come: applicare maschera di ossigeno, eseguire trattamenti fisioterapici;
- prima di eseguire una manovra non invasiva come: prendere il polso, misurare la pressione arteriosa, auscultare il torace, eseguire un ECG.

**Figura 8.1**

<b>2</b> <b>PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA</b>	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica.</p> <p><b>PERCHÉ?</b> Per proteggere il paziente nei confronti di microrganismi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.</p>
---	--

Questa indicazione è determinata dall'ultimo contatto dell'operatore con qualsiasi superficie nella zona assistenziale o nella zona paziente precedente all'esecuzione di qualsiasi procedura che comporti un contatto diretto o indiretto con mucose, cute non integra o un dispositivo medico invasivo (Figura 8.2).

**Nel caso in cui sia necessario indossare guanti per eseguire la procedura, l'igiene delle mani deve essere praticata prima di indossarli.**

**L'indicazione si applica anche a qualsiasi operatore sanitario che operi "a monte" dell'assistenza diretta**, ad esempio nel confezionamento di qualsiasi oggetto destinato a venire a contatto con le mucose o la cute non integra del paziente attraverso l'ingestione o l'inoculazione (ad es.: personale addetto alla sterilizzazione, farmacista, addetto alla cucina).

**Esempi:**

- prima di lavare i denti al paziente, instillare gocce oculari, eseguire un esame vaginale o rettale, un esame della bocca, del naso o dell'orecchio, inserire una supposta o un pessario;
- prima di aspirare il muco;
- prima di medicare una ferita o una vescicola, eseguire una iniezione;
- prima di inserire o mantenere un dispositivo medico invasivo (ad es.: cannula nasale, sonda nasogastrica, tubo endotracheale, catetere venoso, catetere vescicale, drenaggio), prima di interrompere/aprire qualsiasi circuito di un dispositivo medico invasivo (ad es.: per alimenti, farmaci, drenaggio, aspirazione, ecc.);
- prima di preparare alimenti, farmaci, materiale sterile.

**Figura 8.2**



<b>3</b> <b>DOPO</b> <b>ESPOSIZIONE A</b> <b>UN LIQUIDO</b> <b>BIOLOGICO</b>	<b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo l'esposizione a un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti). <b>PERCHÉ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di microrganismi patogeni.
--	---

Questa indicazione è determinata dal verificarsi di qualsiasi contatto con un liquido biologico prima di un successivo contatto con qualsiasi altra superficie o con il paziente (Figura 8.3).

**Se l'operatore sanitario indossa i guanti al momento della esposizione, l'igiene delle mani deve essere praticata dopo la loro rimozione.** Se deve rimuovere o operare con un dispositivo (ad es. un tubo di drenaggio), l'igiene delle mani può essere rinviata fino a quando l'operatore sanitario non abbia lasciato l'ambiente che circonda il paziente, a condizione che non tocchi altro prima di praticare l'igiene delle mani.

**L'indicazione si applica anche a qualsiasi operatore sanitario che operi "a valle" dell'assistenza diretta** ma che sia coinvolto nella manipolazione di liquidi biologici (ad es.: tecnico di laboratorio), attrezzature contaminate e sporche (ad es.: operatore di sterilizzazione), rifiuti contaminati e sporchi (ad es.: addetti alla manutenzione o ai servizi).

#### **Esempi:**

- contatto con mucose o cute non integra;
- dopo un'iniezione; l'inserimento di un dispositivo medico invasivo (ad es.: cannula nasale, sonda nasogastrica, tubo endotracheale, catetere venoso, catetere vescicale, drenaggio, accesso vascolare, catetere, tubo, drenaggio, ecc.); dopo aver interrotto/aperto qualsiasi circuito di un dispositivo medico invasivo (ad es.: per alimenti, farmaci, drenaggio, aspirazione, ecc.);
- dopo aver rimosso un dispositivo medico invasivo;
- dopo aver rimosso tovaglioli, medicazioni, garze, asciugamani, ecc.;
- dopo aver manipolato un campione organico; dopo aver eliminato gli escrementi e qualsiasi altro liquido biologico; dopo la pulizia di qualsiasi superficie contaminata e sporca (ad es.: effetti lettereschi; spazzolini, pappagalli, padelle, servizi igienici, ecc.).

**Figura 8.3**



<b>4</b> <b>DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE</b>	<b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o le immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza. <b>PERCHÉ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di microrganismi patogeni.
---	--

Questa indicazione è determinata dal verificarsi dell'ultimo contatto con la cute integra e/o gli indumenti del paziente, o con una superficie vicina al paziente dopo averlo toccato e prima di un contatto successivo nella zona assistenziale (Figura 8.4).

Se deve rimuovere o operare con un dispositivo (ad es. un tubo di drenaggio), l'igiene delle mani può essere rinviata fino a quando l'operatore sanitario non abbia lasciato l'ambiente che circonda il paziente, a condizione che non tocchi altro prima di praticare l'igiene delle mani.

**Questa indicazione non può essere dissociata dalla indicazione 1.**

**Quando l'operatore sanitario viene a diretto contatto con il paziente e poi tocca un altro oggetto a lui vicino, prima di lasciare la zona paziente si applica questa indicazione e non la 5.**

Esempi:

- dopo aver stretto la mano a un paziente o toccato la fronte di un bambino;
- dopo aver assistito un paziente nelle attività di cura personale: muoversi, lavarsi, mangiare, vestirsi, ecc.;
- dopo aver eseguito una manovra non invasiva come: prendere il polso, misurare la pressione arteriosa, auscultare il torace, eseguire un ECG.
- dopo aver prestato cure e trattamenti non invasivi come: cambiare la biancheria, applicare maschera di ossigeno, eseguire trattamenti fisioterapici.

**Figura 8.4**



<b>5</b> <b>DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE</b>	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente – anche in assenza di un contatto diretto con il paziente.</p> <p><b>PERCHÉ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di microrganismi patogeni.</p>
---	---

**L'indicazione 4 e questa non possono mai essere combinate, poiché questa indicazione esclude il contatto diretto con il paziente, mentre la 4 si applica solo dopo il contatto con il paziente** (Figura 8.5).

**Figura 8.5**



Esempi:

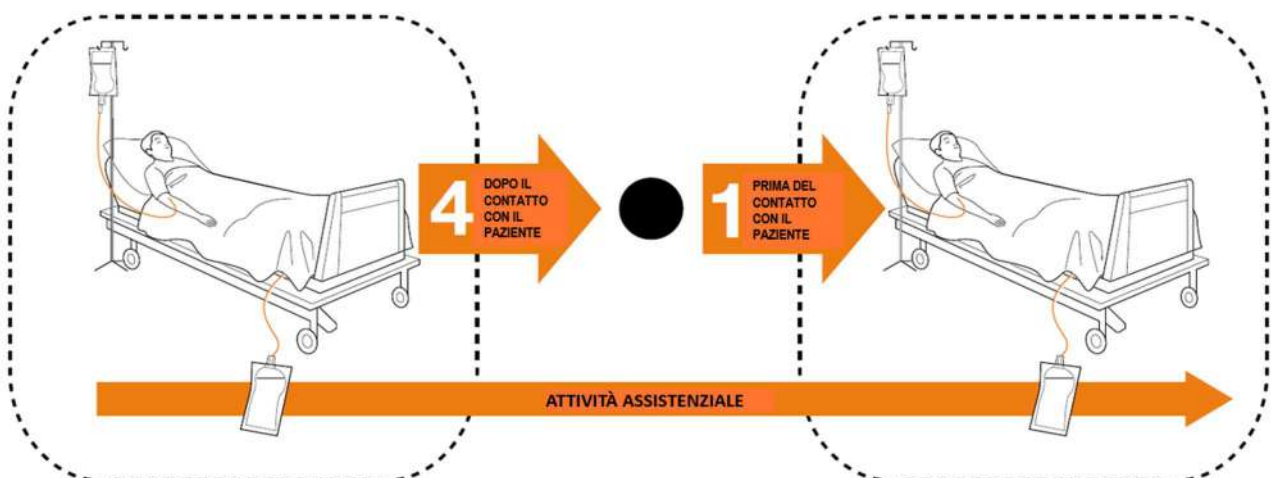
- dopo il cambio della biancheria da letto con il paziente fuori del letto;
- dopo un'attività che non comporta il contatto diretto con il paziente, ad esempio: regolazione della velocità di infusione, spegnimento di un allarme;
- dopo contatto con superfici o oggetti vicini al paziente (da evitare o ridurre al minimo), ad esempio: comodino, testata del letto, spondine.

**NB:** In alcuni casi le indicazioni possono verificarsi simultaneamente e in questi casi non è necessario ripetere l'igiene delle mani.

La Figura 9 mostra un esempio della

coincidenza di due indicazioni: in questo caso applicare l'indicazione 4 consente di adempiere anche a quanto previsto dalla indicazione 1, senza la necessità di ripetere l'igiene delle mani. Sono possibili innumerevoli combinazioni per tutte le indicazioni tranne, come detto, fra la 4 e la 5.

**Figura 9 Coincidenza di due indicazioni**



# PIANO DI INTERVENTO REGIONALE

Il piano di intervento è stato costruito partendo dalle indicazioni contenute nel documento *Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions* dell'OMS<sup>1</sup>, ed è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani. Ribadendo quanto esposto al capitolo 5.0 relativamente alla sincronicità che deve essere garantita per un efficace governo del rischio infettivo, le cinque sezioni sono:

## SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

## SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

## SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

## SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

## SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

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

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

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 delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) trasmesso annualmente al CRRC, sia nel paragrafo relativo al *Resoconto delle attività*, sia come attività da condurre nel corso dell'anno di vigenza del PAICA 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.

**NB:** In ogni caso, indipendentemente dalle specificità locali e dal grado di complessità organizzativa e assistenziale delle Strutture, il piano di azione dovrà consentire progressivamente il raggiungimento del livello INTERMEDIO in tutte le Sezioni entro il 31/12/2023. A tal fine, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità normativamente attribuite, è fondamentale un pieno ed esplicito mandato da parte della Direzione strategica/proprietà della Struttura.

Al fine di supportare le Strutture nella definizione del piano di azione locale, al termine di ogni sezione sono riportate due tabelle:

- **INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**, contenente una panoramica delle azioni necessarie per garantire l'implementazione di quanto previsto nella specifica sezione della strategia multimodale. Per ogni azione, le Strutture dovranno identificare ruoli e responsabilità, definire l'intervallo temporale per l'esecuzione e i momenti in cui effettuare il monitoraggio dello stato di avanzamento. L'elenco delle azioni potrà essere adattato alle singole specificità organizzative;
- **INDICAZIONI SPECIFICHE SULLA BASE DEL LIVELLO OTTENUTO NEL QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE**

La Direzione Sanitaria della Struttura, ovvero il medico responsabile ove non presente il direttore sanitario, con un forte mandato da parte della Direzione Strategica/proprietà della Struttura, e con il supporto del CCICA, ove presente, è responsabile delle seguenti attività, di cui occorrerà dare opportuna evidenza documentale per le attività di verifica e controllo da parte sia degli organi di vigilanza territorialmente competenti che del CRRC:

1. Esecuzione dell'autovalutazione nei termini previsti dal documento e dall'atto di adozione;
2. Elaborazione e monitoraggio di un piano di azione straordinario nel caso in cui l'esito della autovalutazione di una o più sezioni abbia dato come esito: livello INADEGUATO. In questo caso entro tre mesi dalla prima, andrà ripetuta l'autovalutazione per verificare il raggiungimento almeno del livello BASE. In questo caso la Struttura potrà ripetere l'autovalutazione dopo un anno. In caso contrario dovrà elaborare un nuovo piano di azione e procedere a una nuova autovalutazione fino al raggiungimento del livello BASE.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, il questionario di autovalutazione dovrà essere compilato con cadenza almeno annuale. L'obiettivo delle Strutture dovrebbe essere quello di tendere il più possibile al livello AVANZATO per ogni sezione analizzata.

Al fine di supportare le Strutture del SSR nella completa implementazione delle misure previste dal piano di intervento regionale, inoltre, particolare attenzione è stata fatta nel fornire strumenti di supporto immediatamente utilizzabili, elencati alla fine del documento e disponibili in formato modificabile nel *Cloud* regionale, all'interno del percorso *Allegati Documenti Regionali* → *Piano\_Intervento\_Igiene\_Mani* → *Strumenti di supporto*.



## SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Il rispetto delle indicazioni riportate nel capitolo 7.0, richiede che all'interno della Struttura siano disponibili dotazioni quantitativamente e qualitativamente adeguate per consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani.

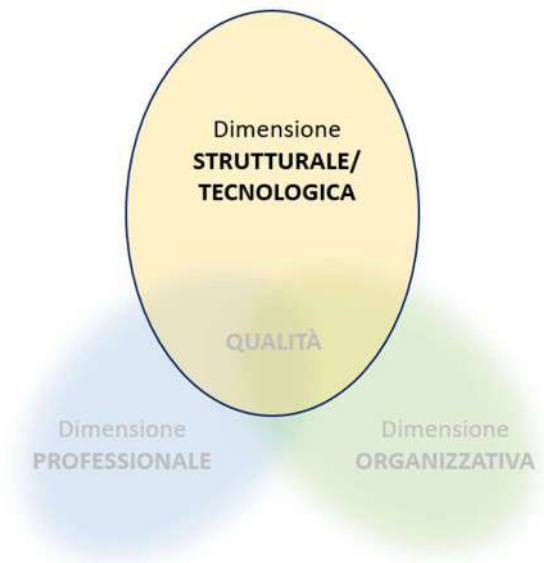
Considerato che il metodo di prima scelta per l'igiene delle mani consiste nella frizione con soluzione a base alcolica, i *dispenser* di soluzione alcolica dovrebbero essere disponibili per ogni punto di assistenza, intendendo con questo il luogo fisico in cui si incontrano questi tre elementi:

- il paziente;
- l'operatore sanitario;
- la cura o il trattamento che comporta il contatto con il paziente o con l'ambiente che lo circonda.

In ogni caso, i *dispenser* devono essere disponibili almeno nei seguenti ambienti:

- stanze di degenza;
- medicherie;
- locali di preparazione dei farmaci;
- ambulatori;
- all'ingresso dei reparti;
- locali ristoro/relax;
- sui carrelli adibiti all'attività assistenziale.

Per consentire un facile utilizzo del prodotto, il *dispenser* dovrebbe essere accessibile senza doversi allontanare dalla zona in cui si effettuano le prestazioni clinico-assistenziali, e comunque entro due metri dall'operatore sanitario.



### Indicazioni particolari

- Per evitare contaminazioni, i contenitori non devono mai essere rabboccati né travasati.
- La parte terminale dell'erogatore non deve venire a contatto con le mani dell'operatore durante l'uso. Pulire la confezione se la soluzione antisettica fuoriesce e sporca il flacone.
- Sul flacone va indicata con un pennarello indelebile la data di apertura.
- Le schede tecniche e di sicurezza dei prodotti in uso devono essere presenti in ogni Unità operativa.
- Laddove per motivi di sicurezza legati alle caratteristiche cliniche del paziente (ad es. per patologie neurologiche o psichiatriche) non sia possibile collocare *dispenser* fissi vicino al letto del paziente o nella stanza di degenza, le Strutture potranno ovviare fornendo agli operatori confezioni monouso di soluzione idroalcolica ovvero dotando i carrelli di servizio di flaconi portatili.



- Nel caso in cui si opti per il lavaggio con acqua e sapone, i rubinetti dovrebbero essere attivabili senza mani. Il sapone dovrebbe essere collocato in *dispenser* che non devono mai essere rabboccati né travasati. Devono essere disponibili salviette monouso per asciugare le mani. Inoltre dovrebbe essere disponibile nelle vicinanze del lavandino un timer/orologio per consentire agli operatori di rispettare i tempi necessari per un lavaggio efficace.

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

TABELLA A1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONE	R	T	M
Esaminare le informazioni disponibili sulla <i>compliance</i> all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.			
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagine sui singoli Reparti/Servizi;</li> <li>• Indagine sul consumo di soluzione alcolica.</li> </ul>			
Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.			
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.			

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

TABELLA A2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valutazione:</b> analizzare le attuali infrastrutture per l'igiene delle mani;</li> <li>• <b>Prodotti per l'igiene delle mani:</b> prendere decisioni in merito all'approvvigionamento di soluzione alcolica;</li> <li>• <b>Sostegno da parte della Direzione:</b> per il cambiamento del sistema.</li> </ul>	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valutazione:</b> mappare le risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza;</li> <li>• <b>Prodotti per l'igiene delle mani:</b> fornire progressivamente prodotti e relative istruzioni al punto di assistenza in tutta la struttura con un calendario di attuazione definito;</li> <li>• <b>Sostegno da parte della Direzione:</b> a breve e lungo termine, anche finanziario, per un continuo approvvigionamento dei prodotti.</li> </ul>	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valutazione:</b> valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso;</li> <li>• <b>Prodotti per l'igiene delle mani:</b> rendere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza;</li> <li>• <b>Sostegno da parte della Direzione:</b> effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria Struttura e condividerla con i dirigenti apicali.</li> </ul>	

## INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione di un piano che preveda:
  - Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani;
  - Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani;
  - Modalità di manutenzione dei lavandini e dei *dispenser*;
  - Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture;
  - Distribuzione dei *dispenser* all'interno della Struttura;

**NB:** Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

**NB:** in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

## SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il fatto che l'igiene delle mani, nonostante sia la misura di prevenzione delle ICA più efficace e meno costosa, sia anche una delle meno applicate, porta in luce la fondamentale importanza della formazione del personale.

L'obiettivo della formazione è quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari. Diffondere messaggi chiari, non aperti all'interpretazione personale, consente infatti di ottenere cambiamenti permanenti sia individuali che nella cultura organizzativa della qualità e della sicurezza delle cure, garantendo che le competenze siano radicate e conservate in tutto il personale.



Tuttavia, per quanto si è detto nel capitolo 5.0, è opportuno sottolineare che la formazione è solo uno strumento e che, per essere efficace, richiede che siano presidiati tutti gli ambiti della gestione del rischio infettivo.

La formazione può utilizzare diversi metodi (frontale, a distanza, sul campo), che vanno scelti avendo ben presenti vantaggi e limiti di ognuno, soprattutto in relazione agli obiettivi formativi che si desiderano raggiungere. È consigliabile privilegiare, pertanto, l'utilizzo di metodi diversi (*blended*).

Le attività formative devono essere declinate all'interno di un piano formativo che sia esteso a tutto il personale, compreso quello in *outsourcing*, ai neoassunti e, per le Strutture universitarie, agli studenti. All'interno del piano, inoltre, devono essere previsti adeguati momenti di *retraining*.

Il piano dovrebbe prevedere obiettivi formativi differenziati per tre principali categorie di operatori:

- a. **Formatori:** sono le figure che saranno incaricate di formare, anche con sessioni pratiche, gli operatori sanitari. Per questo motivo dovrebbero essere scelti fra professionisti adeguatamente competenti e motivati oltre che sufficientemente autorevoli all'interno dei team. Il ruolo dei formatori dovrebbe essere riconosciuto dalla Struttura sanitaria, definendo una quota oraria specifica da dedicare a queste attività.
- b. **Osservatori:** il loro ruolo (vedi Sezione C) è fondamentale per consentire alle Strutture di porre in atto un'adeguata attività di monitoraggio e di feedback, nei confronti dei propri operatori, ma anche delle Direzioni e degli organismi regionali e nazionali. Per questo la scelta e la formazione degli osservatori è un momento particolarmente critico, in quanto è necessario garantire che queste figure siano in possesso delle capacità, dell'addestramento e dell'esperienza necessari per rilevare correttamente le opportunità secondo il metodo OMS dei cinque momenti riducendo al minimo i potenziali fattori di confondimento (vedi Capitolo 7.0). È auspicabile che il loro percorso formativo sia certificato, o comunque documentato, e che la loro competenza sia rivalutata periodicamente. Si raccomanda che la validazione dei nuovi osservatori sia in capo a una unica figura, e che le attività di addestramento vengano effettuate nei setting assistenziali che dovranno essere valutati in futuro dall'osservatore o a essi assimilabili. Il ruolo degli

osservatori, infine, dovrebbe essere riconosciuto dalla Struttura sanitaria, definendo una quota oraria specifica da dedicare a queste attività.

c. **Operatori sanitari**

Contenuti minimi della formazione:

- Definizione e impatto delle ICA;
- Principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- La prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
- L'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;
- Strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA.

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

**TABELLA B1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**

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

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

**TABELLA B2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE**

<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>	
<b>INADEGUATO (punteggio: 0-25)</b>	<b>BASE (punteggio: 26-50)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pianificazione:</b> valutare la disponibilità di formatori e osservatori qualificati;</li> <li>• <b>Esecuzione:</b> formare i formatori e gli osservatori; progettare un programma per la formazione obbligatoria di tutto il personale; sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione di base da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.</li> <li>• <b>Sostegno da parte della Direzione.</b></li> </ul>	
<b>INTERMEDIO (punteggio: 51-75)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valutazione dei bisogni:</b> pianificare la formazione sull'igiene delle mani incentrata sul Piano di Intervento in base alle conoscenze del personale, alla percezione della sua importanza e ai risultati del monitoraggio;</li> <li>• <b>Pianificazione:</b> definire e implementare un programma per la validazione delle competenze degli osservatori;</li> <li>• <b>Esecuzione:</b> fornire programmi di formazione aggiornati per il personale sulla base di una valutazione dei bisogni formativi;</li> <li>• <b>Supporto:</b> assicurarsi il supporto da parte del personale apicale;</li> <li>• <b>Sostenibilità:</b> sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.</li> </ul>	
<b>AVANZATO (punteggio: 76-100)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formazione:</b> formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per i nuovi dipendenti e formazione continua per tutto il personale utilizzando metodi differenziati e innovativi;</li> <li>• <b>Integrazione e allineamento:</b> prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile;</li> <li>• <b>Valutazione:</b> valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione;</li> </ul>	

## INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione di un piano formativo che preveda:
  - Tempi e modalità di erogazione della formazione;
  - Individuazione del personale da formare (requisiti per l'arruolamento e profilo di competenze in uscita).

**NB:** Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

**NB:** in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

## SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

Il monitoraggio continuo dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico-assistenziale, è un **momento fondamentale** della strategia multimodale OMS. L'osservazione diretta, rappresentando il *gold standard* per il monitoraggio e, in considerazione del fatto che si tratta di una attività che richiede un elevato impegno di risorse in termini di tempo-uomo, deve essere accuratamente pianificata dalle Strutture.

Dai risultati del monitoraggio, la Struttura può trarre informazioni utili per misurare i cambiamenti indotti dall'implementazione degli interventi (ad esempio valutando il consumo di soluzioni alcoliche prima o dopo un cambiamento di sistema), oltre che per accertarne l'efficacia nel migliorare la pratica dell'igiene delle mani, la percezione della sua importanza nella riduzione delle ICA e la conoscenza dei cinque momenti tra gli operatori sanitari. I principali aspetti da monitorare sono:

- Corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta;
- Quantità e qualità dei *dispenser* di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della Struttura;
- Formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA;
- Consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno della Struttura.

Al fine di consentire alla Struttura di valutare i cambiamenti organizzativi in modo dinamico, le attività di monitoraggio dovrebbero essere strutturate, sia relativamente alla loro cadenza (che deve essere almeno annuale) che al personale a esse dedicato.

Anche il feedback dei risultati del monitoraggio è un momento essenziale per la crescita della cultura della qualità e della sicurezza sia individuando le aree in cui sono necessari ulteriori sforzi (ad esempio categorie professionali che hanno dimostrato miglioramenti limitati o nulli), sia sostenendo la motivazione delle aree che hanno ottenuto risultati soddisfacenti. Il feedback può essere dato come rapporto scritto periodico, utilizzando altri strumenti di comunicazione interna oppure mostrando i risultati durante le attività formative.

Nel prosieguo della sezione, ci concentreremo sulla principale attività di monitoraggio, costituita dall'osservazione diretta, che si prefigge lo scopo di valutare il grado di rispetto dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari, di stimarne l'adesione, identificare le eventuali criticità e attuare le azioni di miglioramento. L'osservazione viene effettuata in aree di assistenza sanitaria diretta al paziente, sia in contesti di attività ambulatoriale che nei reparti di degenza. È bene sottolineare che, specie quando l'osservazione sia condotta sporadicamente, non è possibile escludere che questa influenzi solo temporaneamente il comportamento degli operatori sanitari, consapevoli di essere osservati.

L'osservazione andrebbe condotta una volta che la Struttura abbia avviato, o stia per avviare, un piano di azione per l'implementazione del Piano di Intervento Regionale. L'osservazione deve essere



strutturata in modo che sia rappresentativa delle attività della Struttura, in termini sia di setting assistenziale che di categorie professionali da monitorare, assicurando che le osservazioni siano percentualmente correlate alla numerosità delle diverse categorie: se in una struttura il 50 % degli operatori appartiene alla categoria professionale “Infermiera/e-ostetrica/o”, almeno il 50 % delle osservazioni dovrebbe riguardare questa categoria.

Non è possibile definire a priori un numero minimo di osservatori necessari per il monitoraggio, in quanto sono troppe le variabili quali-quantitative: numero di operatori, numero di posti letto, intensità assistenziale, complessità organizzativa, ecc. Pertanto, nel piano di azione che, con cadenza almeno annuale, dovrà essere elaborato come parte integrante del PAICA, le singole strutture dovranno esplicitare con quali criteri sono stati individuati gli osservatori in relazione alle specificità locali. Al fine di limitare la variabilità fra gli osservatori, in relazione alle specifiche esigenze locali, il loro numero dovrà essere quello minimo sufficiente per consentire il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Intervento Regionale nei tempi previsti (vedi la nota evidenziata a pag. 19).

Per i motivi sopra specificati, inoltre, non è possibile definire in questo documento un numero minimo di osservazioni da effettuare. Entro i termini sopra ricordati, le Strutture dovranno comunque monitorare un numero minimo di 200 opportunità per unità (reparto, dipartimento o categoria professionale) per ogni periodo di osservazione. In alcuni casi questo numero potrà essere considerato sufficiente a valutare la compliance di una intera Struttura, ad esempio nel caso di strutture socio-sanitarie di piccole dimensioni. Nel caso di Strutture sanitarie di elevata complessità, invece, il piano di azione dovrà perseguire il raggiungimento di 200 opportunità osservate per ogni articolazione organizzativa ritenuta rilevante al fine dell’implementazione della corretta pratica di igiene delle mani.

L’osservatore deve compilare una scheda che riporta le seguenti informazioni (Allegato 1):

- A. **Intestazione:** contiene le informazioni di quando e dove è stata eseguita la rilevazione. I punti di riferimento sono: il luogo (dipartimento, unità operativa), gli operatori sanitari osservati (categorie professionali), la data dell’osservazione e le ore in cui è stata effettuata l’osservazione.

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

- B. **Griglia dei dati per l’osservazione:** la griglia è costituita da quattro colonne, ciascuna delle quali è dedicata ad una categoria professionale, identificata con uno specifico codice. Pertanto in caso di osservazione di un infermiere o di un medico durante una singola sessione, i dati devono essere registrati in due colonne differenti. Ogni colonna è indipendente dall’altra. In altre parole l’ordine in cui sono inseriti i dati non è necessariamente lo stesso per ogni colonna. Dipende dal numero di opportunità osservate per la categoria professionale. Il numero di operatori sanitari osservati durante ciascuna sessione si registra con un segno verticale (I) nella casella “Num.” relativa alla categoria professionale a cui appartiene ciascun operatore sanitario, quando entra nel campo di osservazione. Se si osservano numerose opportunità senza interruzioni in una



singola sessione per lo stesso operatore sanitario, l'operatore è conteggiato una sola volta. È possibile osservare più operatori sanitari contemporaneamente (quando lavorano con lo stesso paziente o nella stessa stanza). Tuttavia non è consigliabile osservare contemporaneamente più di tre operatori. In base all'intensità delle attività e al numero di indicazioni, gli osservatori possono limitare l'osservazione a uno o due operatori in modo da non perdere le opportunità che si evidenziano durante una sequenza di assistenza. Se l'osservazione viene condotta in un'unità di terapia intensiva, per esempio, si consiglia di osservare solo un operatore alla volta.

Prof.cat		Prof.cat		Prof.cat		Prof.cat	
Codice		Codice		Codice		Codice	
Num.		Num.		Num.		Num.	

C. **Categorie professionali:** Gli operatori sanitari sono classificati nelle seguenti categorie e utilizzando codici come segue:

1. **Infermiera/e-ostetrica/o**

- 1.1. Infermiera/e
- 1.2. Ostetrica/o
- 1.3. Infermiera/e – ostetrica/o in formazione

2. **Operatore di supporto all'assistenza**

3. **Medico**

- 3.1. Medicina interna
- 3.2. Chirurgo
- 3.3. Anestesista/rianimatore/medico d'emergenza
- 3.4. Pediatra
- 3.5. Ginecologo
- 3.6. Consulente
- 3.7. Medico/specialista in formazione

4. **Altro operatore sanitario coinvolto nell'assistenza al paziente**

- 4.1. Terapeuta (fisioterapista, ergoterapista, audiologo, logopedista, ecc.)
- 4.2. Tecnico (di radiologia, di cardiologi, di laboratorio, ecc.)
- 4.3. Altro (dietologo, dentista, assistente sociale, altro operatore sanitario)
- 4.4. Studente

Ciascuna delle otto righe che compongono la scheda corrisponde a un'opportunità per la quale occorre inserire le indicazioni e le azioni osservate.

D. **Opportunità:** è l'oggetto di attenzione per l'osservatore. Dal suo punto di vista l'opportunità sussiste ogni volta che si presenta e si osserva una delle indicazioni per l'igiene delle mani. Un'opportunità può essere determinata da diverse indicazioni. Ciò significa che ci possono essere numerose ragioni contemporanee per l'azione d'igiene delle mani. L'opportunità è un'unità da conteggiare per verificare l'azione conseguente; determina la necessità di effettuare l'igiene delle mani, sia nel caso in cui l'indicazione che determina l'azione sia singola, che multipla. Costituisce il denominatore per misurare il tasso di adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.

**NB:** Ogni opportunità richiede un'azione di igiene delle mani.

E. **Indicazione:** è la ragione per cui l'igiene delle mani è necessaria in un dato momento. È giustificata dal rischio di trasmissione di microrganismi da una superficie all'altra. È formulata in relazione ad un punto di riferimento temporale: "prima" o "dopo" il contatto. Le indicazioni "prima" e "dopo" non corrispondono necessariamente all'inizio e alla fine della sequenza di trattamento o dell'attività. Si possono verificare durante lo spostamento tra due luoghi, durante la transizione tra compiti successivi in prossimità dei pazienti, tra pazienti o a una certa distanza da essi. Nel modulo di osservazione l'indicazione è codificata come segue:

- **pr-cont** = prima del contatto con il paziente;
- **pr-aseps** = prima di una manovra asettica;
- **dp-fluido** = dopo manovre a rischio di esposizione con liquido biologico;
- **dp-cont** = dopo il contatto con il paziente;
- **dp-circ** = dopo il contatto con ciò che circonda il paziente;

**NB:** Deve essere osservata almeno un'indicazione per l'igiene delle mani per definire un'opportunità.

F. **Azione:** per ogni indicazione deve essere documentata l'azione. Possono verificarsi due casi:

- Azione eseguita (o azione positiva)
  - a. Frizione con un prodotto (soluzione\gel) a base alcolica = frizione
  - b. Lavaggio con acqua e sapone = lavaggio

**NB:** Le azioni positive registrate senza indicazione non devono essere conteggiate in fase di analisi. La qualità dell'azione in termini di tecnica di esecuzione e di tempo dedicato non viene valutata.

- Azione non eseguita (o azione negativa) = nulla. È imperativo registrare la mancata esecuzione di un'azione per non confondere i casi di mancata adesione da parte degli operatori sanitari osservati con la mancata registrazione dell'osservatore.

L'uso dei guanti deve essere registrato solo quando l'operatore sanitario sotto osservazione indossa i guanti nel momento in cui si presenta l'occasione e non esegue un'azione di igiene delle mani.

**NB:** Un'azione può essere applicata a più di un'indicazione. Un'azione documentata può essere positiva o negativa, a condizione che corrisponde a un'opportunità. L'osservazione di un'azione positiva non sempre implica la presenza di un'opportunità.

Il rispetto dell'igiene delle mani (*compliance*) è il rapporto tra azioni e numero di opportunità ed è espresso dal secondo la seguente formula:

$$\text{Compliance} = \frac{\text{Azioni di igiene delle mani eseguite}}{\text{Azioni di igiene delle mani richieste (opportunità)}}$$

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

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

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

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

### Indicazioni particolari

- I dati di osservazione devono essere raccolti in modo anonimo e riservato.
- L'osservazione deve essere formalmente annunciata al coordinatore infermieristico e al responsabile medico del reparto. Gli operatori sanitari devono essere informati che durante l'osservazione non vengono raccolti dati sulla loro identità. Devono inoltre essere informati sul modo in cui saranno utilizzate e restituite le informazioni.
- Prima di iniziare, l'osservatore si presenta agli operatori da osservare e ai pazienti (se del caso), e fornisce una spiegazione generale sullo scopo della sua presenza.
- L'osservatore può seguire l'operatore o disporsi in un punto che non sia di intralcio all'assistenza. Il punto di osservazione deve consentire di vedere l'operatore, il paziente, l'erogatore di soluzione alcolica e/o il lavandino.
- Le sessioni di osservazione devono essere cronometrate. Tuttavia l'osservatore non dovrebbe indossare un orologio da polso, e dovrebbe seguire le raccomandazioni riportate al capitolo 6.1.
- L'osservazione va condotta nel rispetto della privacy dei pazienti.
- L'osservazione non dovrebbe riguardare la gestione di un'emergenza, in quanto non rappresenta una situazione standard.
- Solo gli operatori a diretto contatto con i pazienti sono oggetto di osservazione: questo non significa che gli altri non debbano praticare l'igiene delle mani.
- L'osservazione va divisa in sessioni di 20-30 minuti. Ogni sessione dovrebbe valutare una attività sanitaria dall'inizio alla fine: per questo la sessione può essere prolungata se necessario. Se durante la sessione non si verificano attività rilevanti, può essere conclusa anticipatamente.
- Ove possibile il feedback dell'osservazione dovrebbe essere immediato nei confronti del personale osservato, garantendo un clima aperto e collaborativo.
- Successivamente, una volta che siano stati opportunamente analizzati, i dati vanno diffusi a tutto il personale, alla direzione strategica e al CCICA, ove presente.
- L'osservatore deve avere familiarità con i cinque momenti dell'igiene delle mani e dovrebbe avere esperienza nella gestione clinico-assistenziale dei pazienti.

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

**TABELLA C1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**

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

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

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

<b>MONITORAGGIO E FEEDBACK</b>	
<b>INADEGUATO (punteggio: 0-25)</b>	<b>BASE (punteggio: 26-50)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valutazione regolare:</b> dare priorità alle attività di valutazione per definire il livello base di <i>compliance</i> degli operatori sulla igiene delle mani. Prevedere un regolare follow-up di queste attività;</li> <li>• <b>Disponibilità di competenze:</b> valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle;</li> <li>• <b>Feedback:</b> definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente.</li> </ul>	
<b>INTERMEDIO (punteggio: 51-75)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valutazione regolare:</b> effettuare le attività di osservazione con cadenza regolare, definita sulla base della complessità organizzativa della Struttura; monitorare anche altri indicatori (ad es. consumo di soluzione alcolica; conoscenza e percezione dell'importanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori);</li> <li>• <b>Disponibilità di competenze:</b> valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle;</li> <li>• <b>Feedback:</b> definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente</li> <li>• <b>Obiettivi:</b> fissare obiettivi annuali per i risultati/tassi di compliance da raggiungere.</li> </ul>	

**TABELLA C2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE****AVANZATO (punteggio: 76-100)**

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

**INDICATORI DI STRUTTURA**

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione delle attività di monitoraggio della *compliance* degli operatori sull'igiene delle mani;
- Definizione e formazione di una rete di osservatori
- Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione
- Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell'osservazione agli operatori e alla Direzione
- Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nella struttura

**NB:** Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

**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 per mille giornate di degenza.

**NB:** in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

## SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

I promemoria sul posto di lavoro sono strumenti importanti per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni e le procedure appropriate per la sua esecuzione. Sono anche mezzi per informare i pazienti e i visitatori dello standard di assistenza che dovrebbero aspettarsi.

La comunicazione può utilizzare diversi strumenti (ad es.: poster; brochure, adesivi affissi al punto di assistenza, spille, screensaver, ecc.) e può utilizzare materiale istituzionale nazionale o internazionale oppure sviluppato localmente.

I poster sulla corretta tecnica di frizione con soluzione alcolica o di lavaggio delle mani, dovrebbero essere affissi in prossimità di ogni lavandino e di ogni *dispenser* fisso di soluzione alcolica.



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



**TABELLA D1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**

COMUNICAZIONE PERMANENTE			
AZIONE	R	T	M
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.			
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.			
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.			
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).			
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.			
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.			

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

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

COMUNICAZIONE PERMANENTE	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Risorse:</b> valutare la qualità e la quantità del materiale informativo disponibile;</li> <li><b>Consegna dei messaggi:</b> fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria nei reparti e nelle aree di trattamento;</li> <li><b>Impatto:</b> descrivere l'uso e l'importanza dei promemoria a tutte le persone interessate nella struttura;</li> <li><b>Sostenibilità:</b> pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, per esempio poster.</li> </ul>	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Risorse:</b> definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati;</li> <li><b>Consegna dei messaggi:</b> fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria in tutti gli ambienti clinici;</li> <li><b>Sostenibilità:</b> pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli.</li> </ul>	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Risorse:</b> raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti;</li> <li><b>Consegna dei messaggi:</b> fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici;</li> <li><b>Sostenibilità:</b> produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli, basati sulle specificità locali e sui "media" disponibili. Condividere il materiale con altre Strutture</li> </ul>	

## INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Modalità di comunicazione della struttura sull'igiene delle mani.
- NB:** Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

**NB:** in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.



## SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

Come già sottolineato, perché una Struttura abbia successo nella prevenzione e nel controllo delle ICA è fondamentale un forte, continuo e visibile impegno da parte della direzione, nonché la definizione di un numero adeguato di operatori con competenze multidisciplinari per garantire un adeguato supporto alle attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo, particolarmente nella fase di monitoraggio.

Il *commitment* deve far leva anche su azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani. È opportuno che sia definita e comunicata a tutti gli operatori la policy sul tema delle ICA che chiarisca anche la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica sul tema.



Va rafforzato anche il ruolo del paziente e dei visitatori attraverso opportune iniziative per il loro *empowerment*. La responsabilità della sicurezza del paziente è in capo alle Strutture, ma pazienti attenti e informati sull'importanza dell'igiene delle mani possono rappresentare una barriera di sicurezza e uno stimolo per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni. Il loro coinvolgimento dovrebbe essere adeguatamente evidenziato all'interno della strategia multimodale per l'igiene delle mani.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:</b>		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
<b>E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?</b>		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SÌ	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	5

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE (continua)		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?</b>	NO	0
	SÌ	10
<b>E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?</b>		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
<b>E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:</b>		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	10
<b>E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:</b>		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	5

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

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

**TABELLA E2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE****CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT****INADEGUATO (punteggio: 0-25)****BASE (punteggio: 26-50)**

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

**INTERMEDIO (punteggio: 51-75)**

- **Approccio multimodale:** proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti;
- **Budget:** assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento;
- **Ruoli e Capacità:** riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento;
- **Comunicazione:** oltre alla comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondere il messaggio attraverso altri canali (ad esempio rivista interna, pagine web, eventi);
- **Coinvolgimento dei pazienti:** sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori

**AVANZATO (punteggio: 76-100)**

- **Approccio multimodale:** continuare l'autovalutazione nell'ottica del miglioramento continuo;
- **Coinvolgimento dei pazienti:** facilitare le interazioni tra pazienti e operatori sanitari su questo tema;
- **Promuovere il miglioramento:** valutare la possibilità di premiare i comportamenti virtuosi, individuali e/o di reparto;
- **Sostenibilità:** incorporare gli obiettivi sull'igiene delle mani negli obiettivi di budget anche relativi ad altre attività (ad esempio, piani di contrasto all'antimicrobicoresistenza); presentare l'igiene delle mani come parte del programma generale di miglioramento della sicurezza del paziente e di miglioramento della qualità;
- **Capacità:** stanziare risorse per sostenere e la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali.

**INDICATORI DI STRUTTURA**

- Istituzione di un CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Regolamento del CCICA
- Adozione del PAICA secondo le indicazioni regionali

**NB:** Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

**INDICATORI DI PROCESSO**

- Monitoraggio delle azioni previste nel PAICA

**NB:** in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

## 8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.
2. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
3. Template Action Plan, WHO, 2009
4. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
5. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
6. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012
7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012
8. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34
9. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC". Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
10. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6.
11. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. American Journal of Infection Control, 1991,19:243-249.
12. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2005, 26:316-320.
13. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2004, 25:262-264.
14. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.
15. Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.
16. <http://www.salute.gov.it/portale/malattieinfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica> (data ultima consultazione: 2 dicembre 2020).
17. Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Mar 3. PMID: 29533568.
18. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 Mar.
19. Wąlaszek MZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, Journal of Hospital Infection (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.023>

### Allegati

Allegato 1 - *Scheda di osservazione*

### Strumenti di supporto

Gli strumenti di supporto di seguito elencati, sono disponibili nel *Cloud* regionale, all'interno del percorso *Allegati Documenti Regionali → Piano\_Intervento\_Igiene\_Mani → Strumenti di supporto*.

- Questionario per gli operatori sanitari
- Questionario sulla percezione degli operatori sanitari
- Questionario di follow-up sulla percezione degli operatori sanitari
- Questionario sulla percezione dei responsabili di reparto e dei coordinatori infermieristici
- Corso di formazione sui filmati OMS
- Corso di formazione per formatori, osservatori e operatori sanitari
- Corso di formazione per il coordinatore del piano di azione
- Diapositive per la presentazione dei risultati dell'osservazione
- Poster e altro materiale informativo

## Allegato 1 – Scheda di osservazione


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

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

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



## Allegato 1 – Scheda di osservazione (continua)

## Regole generali

1. Presentati agli operatori sanitari ed ai pazienti che verranno osservati e spiega i motivi della tua presenza.
2. Puoi osservare fino a 3 operatori sanitari contemporaneamente, se il tipo di attività lo consente.
3. Puoi includere più operatori sanitari in modo sequenziale durante ciascuna sessione di osservazione.
4. Posizionati in un luogo adeguato, per poter osservare senza disturbare le attività assistenziali; puoi anche muoverti per seguire gli operatori, senza, però, mai interferire con il loro lavoro. Alla fine della sessione, comunque, puoi informare gli operatori su ciò che hai osservato.

## Come usare la scheda

1. Usa una matita per compilare la scheda e una gomma per cancellare; usa un supporto rigido per la scheda (durante le osservazioni).
2. Per prima cosa compila l'intestazione della scheda (ad eccezione dell'orario di fine e della durata della sessione).
3. Quando registri la prima opportunità per l'igiene delle mani, riporta l'informazione corrispondente (indicazione/i, azione) nella prima delle caselle numerate delle opportunità, che trovi procedendo dall'alto verso il basso. Registra le informazioni nella colonna corrispondente alla categoria professionale alla quale appartiene l'operatore che stai osservando in quel momento.
4. Ogni opportunità di igiene delle mani deve essere registrata in una riga di ciascuna colonna; le colonne sono indipendenti le une dalle altre.
5. Indica l'opzione corretta barrando il piccolo quadrato o il piccolo cerchio corrispondente (barrando il quadrato puoi scegliere più di una opzione, barrando il cerchio solo una).
6. Nel caso in cui una opportunità di igiene delle mani risponda a più di una indicazione, barra ciascuno dei quadrati corrispondenti alle indicazioni corrispondenti.
7. Per ciascuna opportunità, registra sempre quale azione è stata eseguita o se non è stato fatto nulla.
8. Non dimenticare di indicare l'ora di fine della sessione di osservazione, la durata di questa e di controllare la scheda prima di restituirla.

## Breve descrizione dei campi

Città	Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)									
Ospedale	Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)									
Osservatore	Iniziali (Cognome e Nome),									
Data	2 numeri per giorno e mese, 4 numeri per l'anno									
Inizio/Fine	2 numeri per ora e minuti,									
Durata Sessione	Calcolare la differenza in minuti tra ora di inizio e ora di fine della sessione di osservazione,									
Periodo n.	In accordo con la propria numerazione									
Sessione n.	In accordo con la propria numerazione									
Scheda n.	Numero di pagina,									
Dipartimento	Registrare secondo la seguente classificazione: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico (include dermatologia, neurologia, ematologia, ecc.)</li> <li>• Misto (medico &amp; chirurgico)</li> <li>• Pediatrico (inclusa la chirurgia pediatrica),</li> <li>• Pronto Soccorso</li> <li>• Ambulatorio</li> <li>• Chirurgico (incluso ORL, oculistica, neurochirurgia, ecc.)</li> <li>• Ostetrico-ginecologico</li> <li>• Terapia intensiva</li> <li>• Lungodegenza, riabilitazione</li> <li>• Altro (specificare)</li> </ul>									
Servizio e Reparto	In accordo con la denominazione della struttura									
Prof. cat.	Registrare secondo la seguente classificazione: <table border="1"> <tr> <td>1. Infermiere-a/ostetrico-a</td> <td>1.1 Infermiere-a; 1.2 Ostetrico-a; 1.3 Studente.</td> </tr> <tr> <td>2. Operatore di supporto all'assistenza (operatore sanitario specializzato -OSS; operatore tecnico dell'assistenza-OTA; operatore socio-sanitario specializzato-OSSS)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Medico</td> <td>3.1 Medico; 3.2 Chirurgo; 3.3 Anestesista; 3.4 Pediatra; 3.5 Altro; 3.6 Studente.</td> </tr> <tr> <td>4. Altro operatore sanitario</td> <td>4.1 terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta occupazionale, tecnico di audiometria, logopedista); 4.2 tecnico (radiologo, tecnico di cardiologia, di sala operatoria, di laboratorio); 4.3 altro (dietista, odontotecnico, dentista, operatore sociale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali).</td> </tr> </table>		1. Infermiere-a/ostetrico-a	1.1 Infermiere-a; 1.2 Ostetrico-a; 1.3 Studente.	2. Operatore di supporto all'assistenza (operatore sanitario specializzato -OSS; operatore tecnico dell'assistenza-OTA; operatore socio-sanitario specializzato-OSSS)		3. Medico	3.1 Medico; 3.2 Chirurgo; 3.3 Anestesista; 3.4 Pediatra; 3.5 Altro; 3.6 Studente.	4. Altro operatore sanitario	4.1 terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta occupazionale, tecnico di audiometria, logopedista); 4.2 tecnico (radiologo, tecnico di cardiologia, di sala operatoria, di laboratorio); 4.3 altro (dietista, odontotecnico, dentista, operatore sociale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali).
1. Infermiere-a/ostetrico-a	1.1 Infermiere-a; 1.2 Ostetrico-a; 1.3 Studente.									
2. Operatore di supporto all'assistenza (operatore sanitario specializzato -OSS; operatore tecnico dell'assistenza-OTA; operatore socio-sanitario specializzato-OSSS)										
3. Medico	3.1 Medico; 3.2 Chirurgo; 3.3 Anestesista; 3.4 Pediatra; 3.5 Altro; 3.6 Studente.									
4. Altro operatore sanitario	4.1 terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta occupazionale, tecnico di audiometria, logopedista); 4.2 tecnico (radiologo, tecnico di cardiologia, di sala operatoria, di laboratorio); 4.3 altro (dietista, odontotecnico, dentista, operatore sociale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali).									
Num.	Registra il numero di operatori sanitari osservati, appartenenti ad una stessa categoria professionale (codice uguale), man mano che entrano nel campo di osservazione.									
Opp.	Viene definita come presenza di almeno un'indicazione all'igiene delle mani.									
Indicazione	pr-cont: prima di un contatto con il paziente pr-aseps.: prima di una manovra pulita/asettica dp-fluido: dopo esposizione a liquidi biologici	dp-cont.: dopo un contatto con il paziente dp-circ.: dopo un contatto con l'ambiente che circonda il paziente								
Azione	indica cosa è stato fatto in risposta ad un'indicazione all'igiene delle mani: Frizione: quando l'igiene delle mani viene effettuata mediante frizione con un prodotto a base alcolica, Lavaggio: quando l'igiene delle mani viene effettuata mediante il lavaggio con acqua e sapone, Nulla: quando non viene effettuata nessuna azione Guanti: l'operatore indossa i guanti									

## Allegato 1 – Scheda di osservazione (continua)

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

Sessione n.	Categorie professionali								Totale delle sessioni	
	Prof.cat.		Prof.cat.		Prof.cat.		Prof.cat.			
	Codice		Codice		Codice		Codice			
	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE		
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Totale per categoria										
Adesione (%) totale azioni/totale opportunità*100										

## Istruzioni per l'uso

1. Verifica i dati raccolti nella scheda di osservazione. Calcola la somma delle opportunità e delle azioni per ogni categoria professionale da ogni sessione di osservazione e copia il risultato sulla riga corrispondente al numero della sessione.
2. Calcola la somma delle opportunità e la somma delle azioni lungo la riga per ottenere la somma totale per ogni sessione.
3. Calcola la somma delle opportunità e la somma delle azioni di tutte le sessioni e calcola l'adesione complessiva applicando la formula qui sopra esposta.
4. Calcola la somma delle opportunità e delle azioni di ogni categoria professionale e calcola l'adesione per categoria applicando la formula dell'adesione. Completa i risultati della riga "adesione" e di ogni colonna "totale per categoria".



## Allegato 1 – Scheda di osservazione (continua)

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

Sessione n.	Indicazione di igiene delle mani									
	pr-cont		pr-aseps		dp-fluido		dp-cont		dp-circ	
	n.	AZIONE	n.	AZIONE	n.	AZIONE	n.	AZIONE	n.	AZIONE
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Totale per indicazione										
Adesione (%) totale azioni/totale n. indicazioni*100										

## Istruzioni per l'uso

1. Verifica i dati raccolti nella scheda di osservazione. Calcola e copia la somma delle indicazioni e delle corrispondenti azioni per ogni sezione di osservazione
2. Se molte indicazioni si verificano nella stessa opportunità, ognuna dovrebbe essere considerata separatamente con la corrispondente azione.
3. Applica la formula dell'adesione per calcolare la compliance per ogni indicazione e copia il risultato nella riga "adesione" della colonna corrispondente.

**Nota:** Questo calcolo non è esattamente un risultato di adesione/osservanza, in quanto il denominatore della formula è l'indicazione e non l'opportunità. L'azione è sovrastimata in maniera artificiale per ogni indicazione. Comunque, il risultato fornisce una stima complessiva sul comportamento dei professionisti rispetto ad ogni tipo di indicazione.



A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	Punteggio*	Punteggio max.	ESITO
A.1 Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	50	50	A V A N Z A T O
A.2 Qual è il rapporto lavandini/letti?	10	10	
A.3 Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	10	10	
A.4 Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	15	15	
A.5 È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	15	15	
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

\*Punteggio rilevato sulla base delle ispezioni visive eseguite dal *Clinical Risk Manager* in data 29.11.2022 negli edifici A, B e C (ved. allegato).

B. FORMAZIONE DEL PERSONALE	Punteggio	Punteggio max.	ESITO
B.1.1 Formazione operatori sanitari. Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	10	20	A V A N Z A T O
B.1.2 Formazione operatori sanitari. Esiste un sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	20	20	
B.2.1 Sono disponibili risorse e materiali. Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	5	5	
B.2.2 Sono disponibili risorse e materiali. Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	5	5	
B.2.3 Sono disponibili risorse e materiali. Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	5	5	
B.2.4 Sono disponibili risorse e materiali. Poster informativi	5	5	
B.3 Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	15	15	
B.4 È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	15	15	
B.5 Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	10	10	
<b>TOTALE</b>	<b>90</b>	<b>100</b>	

C. VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEED-BACK	Punteggio	Punteggio max.	ESITO
C.1 Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	10	10	B A S E
C.2.1 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente? Indicazioni per l'igiene delle mani	5	5	
C.2.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente? Corretta tecnica per l'igiene delle mani	5	5	
C.3.1 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani. Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	5	5	
C.3.2 Monitoraggio indiretto. Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	5	5	
C.3.3 Monitoraggio indiretto. Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	5	5	
C.4.1 Monitoraggio diretto. Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione del PIR?	0	15	
C.4.2 Monitoraggio diretto. Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel PIR?	0	30	
C.5.1 Feedback. Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	0	5	
C.5.2 Feedback. Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	0	7,5	
C.5.3 Feedback. Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione?	0	7,5	
<b>TOTALE</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	

D. COMUNICAZIONE PERMANENTE	Punteggio	Punteggio max.	ESITO
D.1.1 Sono esposti i seguenti poster o materiali? Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	25	25	A V A N Z A T O
D.1.2 Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	15	15	
D.1.3 Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	10	10	
D.2 Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	15	15	
D.3 La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	10	10	
D.4 Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani	10	10	
D.5 Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	15	15	
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

E. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	Punteggio	Punteggio max.	ESITO
E.1.1 Team. Esiste un team definito?	5	5	A V A N Z A T O
E.1.2 Questo Team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	0	5	
E.1.3 Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	5	5	
E.2.1 I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani? Direzione generale	10	10	
E.2.2 I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani? Direzione sanitaria	5	5	
E.2.3 I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani? Direzione professioni sanitarie	5	5	
E.3 Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	10	10	
E.4.1 Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline? Designazione dei promotori dell'igiene delle mani	5	5	
E.4.2 Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline? Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani	5	5	
E.5.1 Coinvolgimento dei pazienti/familiari: I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	5	5	
E.5.2 Coinvolgimento dei pazienti/familiari: è stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	10	10	
E.6.1 Miglioramento continuo. Strumenti e-learning per l'igiene delle mani.	5	5	
E.6.2 Miglioramento continuo. Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani.	5	5	
E.6.3 Miglioramento continuo. È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate.	5	5	
E.6.4 Miglioramento continuo. Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici.	5	5	
E.6.5 Miglioramento continuo. Sistemi di responsabilizzazione personale.	5	5	
E.6.6 Miglioramento continuo. Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti.	5	5	
<b>TOTALE</b>	<b>95</b>	<b>100</b>	

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
A	T	RIAB	Personale (accanto infermeria, corr. DH)	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	T	RIAB	Personale RM, corridoio DH	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	T	RIAB	DH	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	T	RIAB	DH	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	T	RIAB	Soggiorno	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input checked="" type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	T	RIAB	LAVANDINO MEDICHERIA (NO BAGNO)	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	T	RIAB	Corridoio accanto medicheria	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	T	RIAB	Interno STANZA 1	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	T	RIAB	In fondo al corridoio/angolo	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	T	RIAB	Accanto STANZA 3	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	T	RIAB	Fronte STANZA 6	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	T	RIAB	Fronte STANZA 5	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	1	RIAB	Fronte gabbiotto	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
A	1	RIAB	Fronte soggiorno	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	1	RIAB	Corridoio centrale	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	1	RIAB	Accanto STANZA 103	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	1	RIAB	LAVANDINO INFERMERIA (NO BAGNO)	□ DEGENTI    ■ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	1	RIAB	In fondo al corridoio/angolo	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	1	RIAB	Accanto STANZA 106	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	1	RIAB	Fronte STANZA 108	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	1	RIAB	Fronte STANZA 109	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	2	LGD	Fronte gabbiotto	□ DEGENTI    ■ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	2	LGD	Fronte soggiorno	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	2	LGD	Corridoio centrale	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	2	LGD	Accanto STANZA 201	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	2	LGD	Accanto STANZA 205	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
A	2	LGD	In fondo al corridoio/angolo	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	2	LGD	Accanto STANZA 206	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	Assenti salviette	01.12.2022
A	2	LGD	Fronte STANZA 208	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	2	LGD	Fronte STANZA 209	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	2	LGD	LAVANDINO INFERMERIA (NO BAGNO)	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	Presente asciugamani elettrico.	01.12.2022
A	3	LGD	Fronte gabbiotto	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	3	LGD	Fronte soggiorno	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	3	LGD	Corridoio centrale	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	Assenti salviette.	01.12.2022
A	3	LGD	Accanto STANZA 303	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	3	LGD	In fondo al corridoio/angolo	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	4	LGD	Accanto STANZA 305	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	3	LGD	Accanto STANZA 306	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	3	LGD	Fronte STANZA 308	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
A	3	LGD	Fronte STANZA 309	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
A	3	LGD	LAVANDINO INFERMERIA (NO BAGNO)	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	T	RSA	Dentro STANZA 1	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	T	RSA	Lavandino infermeria (NARI)	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine. Presente asciugamani elettrico	01.12.2022
B	T	RSA	Bagno assistito (NARI)	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	T	RSA	Lavandino cucina (NARI)	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	T	RSA	Interno STANZA 1 (NARI)	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	T	RSA	Interno STANZA 2 (NARI)	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	T	RSA	Interno STANZA 3 (NARI)	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	T	RSA	Esterno NARI (fondo corridoio dx)	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	T	RSA	Esterno NARI (fondo corridoio sx)	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	Assenti salviette.	01.12.2022
B	1	RSA	Doccia assistita/vuota/wc	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	1	RSA	Fronte deposito sporco	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
B	1	RSA	Fronte deposito pulito	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	1	RSA	Interno Infermeria	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	1	RSA	Accanto 101	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	Assenti salviette	01.12.2022
B	1	RSA	Fronte 103	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	1	RSA	Lavandino cucina	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	2	RSA	Doccia assistita/vuota/wc	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	Assenti salviette.	01.12.2022
B	2	RSA	Fronte deposito sporco	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	2	RSA	Fronte deposito pulito	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	2	RSA	Interno Infermeria	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	2	RSA	Accanto 201	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	2	RSA	Fronte 203	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	2	RSA	Lavandino cucina	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	3	RSA	Doccia assistita/vuota/wc	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	Da rimboccare contenitore sapone liquido.	01.12.2022



ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
B	3	RSA	Fronte deposito sporco	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	Assenti salviette.	01.12.2022
B	3	RSA	Fronte deposito pulito	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	3	RSA	Interno Infermeria	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	3	RSA	Accanto 301	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	3	RSA	Fronte 303	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
B	3	RSA	Lavandino cucina	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	T	RSA	Lavandino cucina soggiorno	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	T	RSA	Accanto STANZA 8	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	T	RSA	Accanto STANZA 6	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	T	RSA	Interno STANZA 3	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	T	RSA	Fronte infermeria	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	T	RSA	Dentro STANZA 1	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	T	RSA	Bagno assistito (angolo corridoio)	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
C	T	RSA	Accanto STANZA 2	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    □ SALVIETTE MONOUSO	Assenti salviette	01.12.2022
C	1	RSA	Fronte infermeria	□ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	1	RSA	Adiacenze infermeria	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	1	RSA	Accanto STANZA 103	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	1	RSA	Fronte ascensore	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	1	RSA	Bagno assistito (fronte STANZA 105)	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	1	RSA	Accanto STANZA 106	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	2	RSA	Adiacenze infermeria	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	2	RSA	Interno STANZA 203	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	2	RSA	Interno STANZA 202	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	2	RSA	Accanto STANZA 202	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	Manca coperchio portarotoli.	01.12.2022
C	2	RSA	Interno STANZA 209	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	2	RSA	Interno STANZA 205	■ DEGENTI    □ PERSONALE    □ ESTERNI	■ SAPONE    ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
C	2	RSA	lavandino Cucinino	<input type="checkbox"/> DEGENTI <input checked="" type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	2	RSA	Fronte Sala pranzo	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	2	RSA	Fronte STANZA 207	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022
C	2	RSA	Accanto STANZA 208	<input checked="" type="checkbox"/> DEGENTI <input type="checkbox"/> PERSONALE <input type="checkbox"/> ESTERNI	<input checked="" type="checkbox"/> SAPONE <input checked="" type="checkbox"/> SALVIETTE MONOUSO	In ordine	01.12.2022

SCHEDA DI SICUREZZA

- KEMIXINA GEL IGIENIZZANTE Scheda Sicurezza -



# KEMIXINA GEL IGIENIZZANTE GEL IGIENIZZANTE

Data Compilazione 03/03/2020  
Data Revisione 03/03/2020  
Data Stampa 03/03/2020

## 1 IDENTIFICAZIONE DEL PREPARATO E DELLA SOCIETA'

- |     |  |  |
|-----|--|--|
| 1.1 | Identificatore del prodotto:                                   | KEMIXINA GEL IGIENIZZANTE  |
| 1.2 | Pertinenti usi identificati del prodotto:<br>Usi sconsigliati: | GEL IGIENIZZANTE<br><br>gli usi pertinenti sono sopra elencati. Non sono raccomandati altri usi a meno che non sia stata condotta una valutazione, prima dell'inizio di detto uso, che dimostri che i rischi connessi a tale uso sono controllati. |
| 1.3 | Prodotto e Distribuito da                                      | <b>KEMIX S.r.l.</b><br>Via dei Mandarini, 8<br>00040 Pomezia (RM)<br>Tel.: 06.93377217 Fax: 06 93377249<br>Email: amministrazione@kemixprofessional.it<br>Sito: www.kemixprofessional.it   |
| 1.4 | Telefono di emergenza:   |  |

## 2 IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI

### 2.1 Classificazione:

Miscela è facilmente infiammabile; i vapori possono formare con l'aria miscele infiammabili ed esplosive.  
Contatto con gli occhi: provoca grave irritazione. Nelle normali condizioni di utilizzo, la miscela non provoca effetti avversi sull'ambiente.  
H225 Liquido e vapori facilmente infiammabili.  
H319 Provoca grave irritazione oculare

### 2.2 Elementi dell'etichetta



### AVVERTENZA: PERICOLO

Liquido e vapori facilmente infiammabili. Provoca grave irritazione oculare. In caso di consultazione di un medico, tenere a disposizione il contenitore o l'etichetta del prodotto. Tenere fuori dalla portata dei bambini. Tenere lontano da fonti di calore, superfici riscaldate, scintille, fiamme e altre fonti di innesco. Vietato fumare. Tenere il recipiente ben chiuso. In caso di incendio estinguere con polvere, schiuma alcool-resistente, acqua nebulizzata, anidride carbonica. Conservare in luogo fresco e ben ventilato. In caso di contatto con gli occhi: sciacquare accuratamente per

parecchi minuti. Togliere le eventuali lenti a contatto se è agevole farlo. Continuare a sciacquare.

INGREDIENTS: Alcohol Denat., Aqua, Carbomer, Glycerin, Triethanolamine, Parfum, C.I.42090, C.I.reactive Red 24

**Altri pericoli:** La miscela non contiene sostanze considerate PBT (persistenti, bioaccumulabili e tossiche) e/o vPvB molto persistenti e molto bioaccumulabili) di cui all'allegato XIII del Regolamento 1907/2006CE (REACH).

### 3 COMPOSIZIONE / INFORMAZIONI SUGLI INGREDIENTI

Alcool etilico (Etanolo): 65%-70%  
 N°CAS 64-17-5;  
 N°EINECS 200-578-6;  
 Index n. 603-002-00-5  
 N. registrazione REACH: 01-2119457610-43-XXXX

### 4 MISURE DI PRONTO SOCCORSO

#### 4.1 Descrizione delle misure di primo soccorso

Inalazione:	dato l'impiego del prodotto, l'evento inalatorio è pressoché improbabile.
Contatto con gli occhi:	il prodotto può causare irritazione agli occhi. Lavaggio oculare a palpebra aperta per quindici minuti con acqua. Visita medico-oculistica consigliata se il disturbo persiste.
Contatto con la pelle:	il prodotto non è pericoloso in caso di contatto con la pelle, tuttavia in caso di ferite aperte si può avvertire una sensazione di bruciore
Ingestione:	L'ingestione può causare irritazione delle mucose orali e del tratto superiore dell'apparato digerente. Ingerito in grandi quantità può provocare abbassamenti della pressione arteriosa, anestesia, narcosi, cefalea, vertigini, depressione, dispnea, nausea e vomito. Il contatto con gli occhi causa grave irritazione; si possono verificare dolore, arrossamenti, lacrimazione, sensazione di bruciore

4.2 Principali sintomi sia acuti che ritardati: N.D.

4.3. Indicazione dell'eventuale necessità di consultare immediatamente un medico e trattamenti speciali: N.D.

### 5 MISURE DI LOTTA ANTINCENDIO

5.1 Idonei mezzi estinguenti:	polvere, schiuma alcool resistente, acqua nebulizzata, CO2.
Mezzi estinguenti non idonei:	getto d'acqua
5.2 Pericoli speciali derivanti dalla sostanza o dalla miscela:	Soluzione acquosa infiammabile, in caso di combustione incompleta, si possono sprigionare fumi contenenti CO. Raffreddare con getti d'acqua i contenitori e possibilmente, senza esporsi a rischi, allontanare quelli non ancora esposti al fuoco. Consultare le schede degli altri prodotti in magazzino.
5.3 Raccomandazioni per gli addetti all'estinzione degli incendi :	Raffreddare i contenitori con getti d'acqua. Non cercare di estinguere il fuoco senza l'utilizzo di un apparecchio respiratorio autonomo (SCBA) e di indumenti protettivi adeguati. - Dispositivi di Protezione Speciale per gli addetti all'estinzione incendi: Indossare stivali, guanti, tute, protezione occhi e volto, respiratori idonei,

conformi alle pertinenti norme UNI per l'Italia e EN per l'Europa.  
Utilizzare i dispositivi indicati nelle massime condizioni di precauzione sulla base delle informazioni riportate nelle sottosezioni precedenti.

## **6 MISURE IN CASO DI RILASCIO ACCIDENTALE**

- |  |   |
|--|---|
| 6.1 Precauzioni personali:                                     | Ventilare l'area; rimuovere tutte le possibili fonti di accensione e di calore.<br>In caso di incendio e/o esplosioni evitare di respirare fumi e vapori. Indossare adeguati dispositivi di protezione (vedi sezione 8).<br>Per chi interviene direttamente<br>Indossare dispositivi di protezione adeguati (vd. Sezione 8) per minimizzare l'esposizione al prodotto   |
| 6.2 Precauzioni ambientali:                                    | In caso di rilascio accidentale o fuoriuscita evitare che la miscela raggiunga gli scarichi e le acque di superficie o sotterranee. Se il prodotto è defluito in un corso d'acqua, nella rete fognaria o ha contaminato il suolo o la vegetazione, avvisare le autorità competenti.   |
| 6.3 Metodi e materiali per il contenimento e per la bonifica : | Eliminare tutte le fiamme libere e le possibili fonti di ignizione.<br>Provvedere ad una ventilazione sufficiente.<br>- Modalità di bonifica:<br>Arrestare la fuoriuscita il più possibile. Raccogliere il materiale versato con attrezzature antiscintilla; assorbire il prodotto con materiali assorbenti inerti (es. vermiculite, sabbia o terra), indossando un equipaggiamento protettivo adeguato; e sistemarlo in un contenitore pulito ed asciutto. Non usare materiali combustibili (es. segatura) per assorbire il prodotto. Lavare l'area con abbondante acqua |
| 6.4 Riferimento ad altre sezioni:                              | Consultare anche le sezioni 8 e 13.   |

## **7 MANIPOLAZIONE ED IMMAGAZZINAMENTO**

- |  |   |
|--|---|
| 7.1 Precauzioni per la manipolazione sicura:                                       | Non utilizzare su cute lesa o mucose.<br>Evitare il contatto con gli occhi.   |
| 7.2 Condizioni per l'immagazzinamento sicuro, comprese eventuali incompatibilità : | Possibilmente stoccare in luogo chiuso, al riparo dai raggi solari, in contenitori di plastica, metallo rivestito in plastica o acciaio inox, ermeticamente chiusi, a temperatura compresa fra 5 e 30 °C.<br>Evitare le alte temperature, fonti di calore e l'esposizione alla luce diretta del sole.<br>Conservare in un ambiente fresco e ventilato. Proteggere dall'umidità.<br>I luoghi di stoccaggio devono essere collegati a terra per evitare l'accumulo di cariche elettrostatiche |
| 7.3 Usi finali particolari:  | non previsti  |

## **8 CONTROLLI DELL'ESPOSIZIONE / PROTEZIONE INDIVIDUALE**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 8.1 Valori limite per l'esposizione: | Valori riferiti ad etanolo<br><br>VALORI DNEL /PNEC:<br>Lavoratori:<br>Inalazione DNEL (breve termine, locale): 1900 mg/m <sup>3</sup><br>(1000ppm) |
|--------------------------------------|---|

## SCHEDA DI SICUREZZA

- KEMIXINA GEL IGIENIZZANTE Scheda Sicurezza -

Inalazione DNEL (lungo termine, sistemico) :950 mg/m<sup>3</sup>  
(500ppm)  
Dermale DNEL (lungo termine, sistemico): 343 mg/kg bw/day

### Consumatori

Inalazione DNEL (lungo termine, sistemico) :114 mg/m<sup>3</sup>  
Dermale DNEL (lungo termine, sistemico): 206 mg/Kg bw/day  
Orale DNEL (lungo termine, sistemico): 87mg/Kg bw/day

PNEC aqua (acqua dolce): 0.96mg/l  
PNEC aqua (acqua di mare): 0.79mg/l  
PNEC aqua (rilascio intermittente): 2.75mg/l  
PNEC STP: 580mg/l  
PNEC sediment (acqua dolce): 3.6mg/Kg dw  
PNEC sediment (acqua di mare): 2.9mg/Kg dw  
PNEC soil: 0.63 mg/Kg dw  
PNEC oral (avvelenamento secondario): 0.72g/Kg cibo

TLV - STEL: 1000 ppm (2008) (2)  
OSHA PEL per l'industria generale: TWA8 ore = 1000 ppm (1900 mg/m<sup>3</sup>), 1994 (3)  
NIOSH Limite di esposizione consigliato per Alcool etilico - aria (REL): 10 ore media ponderata nel tempo, 1000 ppm (3)  
NIOSH IDLH: 3300 ppm, 10% LEL(4)

### 8.2 Controllo dell'esposizione personale e ambientale:

Protezione respiratoria:	non necessaria, tuttavia qualora le condizioni operative lo richiedano (in caso di rischio di esposizione ad elevate concentrazioni di vapori, utilizzare un filtro di tipo A [ref. EN 141] o una maschera a pieno facciale [ref. EN 136] o un respiratore con maschera semi facciale [ref. EN 140].
Protezione delle mani:	La protezione non è necessaria, tuttavia in caso di utilizzo prolungato del prodotto, indossare guanti impermeabili in gomma nitrilica (spessore > 0,35 mm; tempo di rottura > 480 min) o gomma butilica (spessore > 0,5 mm; tempo di rottura > 480 min) [rif. EN 374].
Protezione degli occhi:	Non sono necessarie particolari protezioni durante l'utilizzo normale del prodotto. In caso di contatto prolungato e di manipolazione di grosse quantità, indossare occhiali di protezione. (EN 166
Protezione della pelle:	La protezione non è necessaria, tuttavia in caso di utilizzo prolungato del prodotto, indossare guanti impermeabili in gomma nitrilica (spessore > 0,35 mm; tempo di rottura > 480 min) o gomma butilica (spessore > 0,5 mm; tempo di rottura > 480 min) [rif. EN 374]
Pericoli termici:	non disponibili
Controllo dell'esposizione ambientale:	Evitare che il prodotto raggiunga le acque di superficie o sotterranee

## 9 PROPRIETA' FISICHE E CHIMICHE

### 9.1 Informazioni generali:

- aspetto:	Gel
- odore:	alcolico

### 9.2 Importanti informazioni, sulla salute umana, la sicurezza e l'ambiente:

- pH	6.5 -7.5
- Punto di fusione/punto di congelamento:	c.a. -30 °C
- punto/intervallo di ebollizione:	78°C ca. riferito all'alcool etilico
- punto di infiammabilità:	< 22°C
- infiammabilità (solidi, gas):	
- Limiti superiore/inferiore di infiammabilità:	

- proprietà esplosive:
- proprietà ossidanti:
- pressione di vapore:
- densità relativa: 0,90 - 0,92
- solubilità:
  - idrosolubilità: solubile
  - liposolubilità (n-esano):
- coefficiente di ripartizione: (n-ottanolo/acqua)
- viscosità
- densità di vapore:
- velocità di evaporazione:
- temperatura di autoaccensione
- temperatura di decomposizione

### 9.3 Altre informazioni:

## 10 STABILITA' E REATTIVITA'

10.1 Reattività	Il prodotto può reagire violentemente con agenti ossidanti forti
10.2 Stabilità chimica	il prodotto risulta stabile se opportunamente stoccato.
10.3 Possibilità di reazione pericolose	Nelle normali condizioni di stoccaggio e utilizzo, non si verificano reazioni pericolose
10.4 Condizioni da evitare:	Non esporre a luce solare diretta, a fonti di calore e a elevate temperature. Tenere lontano da materiali comburenti
10.5 Materiali incompatibili:	Evitare il contatto con forti agenti ossidanti e riducenti, acidi e basi forti.
10.6 Prodotti di decomposizione pericolosi:	Per riscaldamento ad elevate temperature il prodotto può decomporre liberando fumi e gas tossici contenenti COx, NOx.

## 11 INFORMAZIONI TOSSICOLOGICHE

### 11.1 Informazioni sugli effetti tossicologici:

Inalazione: L'inalazione del prodotto può causare irritazione del naso e della gola, con tosse e mal di gola; e possibili sintomi di sonnolenza ad alte concentrazioni di vapori

Ingestione L'ingestione può causare irritazione delle mucose orali e del tratto superiore dell'apparato digerente. Ingerito in grandi quantità può provocare abbassamenti della pressione arteriosa, anestesia, narcosi, cefalea, vertigini, depressione, dispnea, nausea e vomito

Contatto con la pelle: può causare irritazione solo in caso di contatto prolungato

Contatto con gli occhi: provoca grave irritazione oculare

#### **Effetti tossicocinetici (Assorbimento, Distribuzione, Metabolismo, Escrezione):**

**Etanolo:** E' rapidamente assorbito per ingestione e per inalazione, scarsamente per contatto cutaneo.

Viene distribuito in tutti i tessuti e i liquidi dell'organismo, in particolare cervello, polmoni e fegato.

Circa il 90-98% della quantità ingerita è metabolizzata nel fegato ad acetaldeide e poi in acido acetico.

L'acetaldeide è rapidamente metabolizzata ad acido acetico dall'aldeide deidrogenasi del fegato.

L'acido acetico viene successivamente ossidato nei tessuti periferici in diossido di carbonio e acqua.

Una piccola quantità di etanolo viene eliminata imm modificata con le urine, il sudore e l'aria espirata.

I suoi effetti sono dovuti all'inibizione della trasmissione sinaptica a livello cerebrale.

Ha inoltre azione sul metabolismo lipidico



## SCHEDA DI SICUREZZA

- KEMIXINA GEL IGIENIZZANTE Scheda Sicurezza -

Tossicità acuta nell'uomo: per ingestione di elevate quantità. Può provocare effetti narcotici, sensazione di calore, mal di testa, disturbi visivi, nausea, vomito, vertigini, blocco cardio-respiratorio.

**Di seguito si riportano i dati di tossicità degli ingredienti principali:**

### **ETHANOL / ETHYL ALCOHOL (N°CAS 64-17-5):**

Sono di seguito riportate le informazioni disponibili per l'etanolo (costituente principale del prodotto).

#### **Tossicità acuta**

Ratto DL50 (orale): 7000 mg/kg (HSDB, 2015);

Topo DL50 (orale): 3400 mg/kg (HSDB, 2015);

Coniglio DL50 (cutanea): > 20000 mg/kg (INRS, 2011);

Ratto CL50-10 ore (inalatoria): 20000 ppm (HSDB, 2015);

Topo CL50-4 ore = 39 mg/m<sup>3</sup> (HSDB, 2015).

La sintomatologia è correlata alla dose. Si può avere depressione del SNC, che varia dalla eccitazione

all'anestesia, narcosi, coma ed arresto respiratorio.

#### **Corrosione / irritazione cutanea**

Tutti gli studi di esposizione acuta (4 ore) disponibili non evidenziano effetti irritanti negli animali

(OECD404 o equivalente) e negli esseri umani. Negli esseri umani, studi a dose ripetuta non evidenziano

effetti irritanti con l'applicazione ripetuta per un giorno intero in condizioni occlusive, per un massimo

di 12 giorni. A seguito di ulteriori esposizioni possono verificarsi effetti irritanti

I dati disponibili indicano che i criteri di classificazione non sono soddisfatti.

#### **Lesioni oculari gravi / irritazioni oculari gravi**

Gli studi (OECD405) evidenziano in generale una moderata irritazione oculare.

Tutti gli effetti scompaiono entro 8 - 14 giorni.

Il livello di risposta non è sufficiente a determinare la classificazione ai sensi della

Direttiva 67/548/CEE, ma è sufficiente, in termini di risposta congiuntivale, a richiedere la

classificazione come irritante di categoria 2, secondo il Regolamento (CE) 1272/2008 (CLP).

#### **Sensibilizzazione respiratoria o cutanea**

Test di massimizzazione su cavia. negativo OECD406

Saggio del linfonodo locale. negativo OECD429

I dati disponibili indicano che i criteri di classificazione non sono soddisfatti

#### **Tossicità per la riproduzione**

Fertilità orale (topo) NOAEL= 13.8 g/kg OECD416

inalatoria (ratto) NOAEC > 16,000 ppm OECD416

Tossicità per lo sviluppo orale (ratto) NOAEL = 5.2 g/kgbw/day OECD414

inalatoria (ratto) NOAEC = 39 mg/l

Tossicità specifica per organi bersaglio (STOT) – esposizione singola

Nessun effetto specifico su organi bersaglio osservato a seguito di una singola esposizione.

I dati disponibili indicano che i criteri di classificazione non sono soddisfatti.

i) Tossicità specifica per organi bersaglio (STOT) – esposizione ripetuta

Orale (ratto) NOAEL = 1.73 - 3.9 g/kg

#### **Effetti interattivi**

In ambito industriale si possono avere effetti sinergici epatotossici per esposizione contemporanea

a solventi clorati e per interazioni con le ammidi, ossime, tiurami e carbonati, inibitori dell'aldeide

deidrogenasi.

## 12 INFORMAZIONI ECOLOGICHE

12.1 Ecotossicità:	<p>Tossicità dei principali ingredienti:</p> <p>ETHANOL / ETHYL ALCOHOL (N°CAS 64-17-5):</p> <p>Pesci  Salmo gairdneri CL50 (96 ore): 13 g/l  Pimephales promelas CL50 (96 ore): 13,5 - 15,3 g/l</p> <p>Invertebrati  Daphnia magna CE50 (48 ore): 12,3 g/l  Ceriodaphnia dubia CE50 (48 ore): 5 g/l  Daphnia magna NOEC (riproduzione, 21 g): &gt; 10 mg/l  Ceriodaphnia dubia NOEC (riproduzione, 10 g): 9,6 mg/l  Palaemonetes pugio NOEC (sviluppo, 10 g): 79 mg/l  Artemia salina CE50 (24 ore): &gt; 10 g/l  Artemia salina nauplii CE50 (48 ore): 857 mg/l</p> <p>Alghe  Chlorella vulgaris CE50 (72 ore): 275 mg/l  Selenastrum capricornutum CE50 (72 ore): 12,9 g/l  Chlamydomonas eugametos CE50 (48 ore): 18 g/l  Chlamydomonas eugametos NOEC: 7,9 g/l  Skeletonema costatum NOEC (5 g): 3,2 g/l</p>
12.2 Mobilità:	<p>Etanolo: Il valori stimato di Koc (coefficiente di assorbimento relativo al carbonio organico) indicano che l'etanolo (Koc=1), ha un'alta mobilità nel suolo. (7)(8)</p>
12.3 Persistenza e degradabilità:	<p>Imidazolidinyl urea: logKoc &lt; 2.07; la sostanza è mobile nei terreni</p> <p>L'etanolo è stabile all'idrolisi, ma prontamente biodegradabile. (7)</p>
12.4 Potenziale di accumulo:	<p>Degrada facilmente negli impianti di trattamento delle acque reflue.</p> <p>Etanolo: evapora in atmosfera rapidamente se viene versato sulla terra. Sulla base dei valori calcolati del fattore di bioconcentrazione (BCF), si prevede che l'etanolo (Log BCF = 0.5), non sia bioaccumulabile</p>
12.5 Risultati della valutazione PBT e vPvB	<p>L'etanolo non soddisfa i criteri di identificazione delle sostanze PBT o vPvB, in conformità con l'Allegato XIII del Regolamento REACH.</p>
12.6 Altri effetti avversi:	<p>Relazione sulla sicurezza chimica e valutazione PBT: non effettuata</p> <p>L'Etanolo, poiché composto organico volatile, potrebbe contribuire alla formazione dell'ozono troposferico sotto determinate condizioni, tuttavia il suo potenziale di creazione dell'ozono fotochimico è considerato da moderato a basso (40-45 rispetto all'etilene, valutato pari a 100).</p>

## 13 CONSIDERAZIONI SULLO SMALTIMENTO

### 13.1. Metodi di trattamento dei rifiuti

In caso di versamenti, recuperare possibilmente il prodotto; altrimenti inviare allo smaltimento in ottemperanza alle normative nazionali. Per l'Italia il prodotto deve essere smaltito o in adeguato impianto di depurazione o affidandolo a terzi, sempre in ottemperanza al D.Lgs. 3 aprile 2006, n.152.

## 14 INFORMAZIONI SUL TRASPORTO

Trasporto stradale/ferroviario ADR/RID (oltre confine):

- Classe ADR/RID-GGVS/E: 3 F1
- Numero Kemler: 33
- Numero ONU: 1987
- Gruppo di imballaggio: II
- Etichetta: 3
- Nome di spedizione dell'ONU: ALCOLI, N.A.S. (Etanolo, Isopropanolo)
- Quantità limitate (LQ): 1L
- Codice di restrizione in galleria D/E

· Trasporto marittimo IMDG:

- Classe IMDG: 3 F1
- Numero ONU: 1987
- Label 3
- Gruppo di imballaggio: II
- Numero EMS: F-E, S-D
- Marine pollutant: No
- Nome di spedizione dell'ONU: ETHANOL, ISOPROPANOL SOLUTION
  
- Trasporto aereo ICAO-TI e IATA-DGR:
- Classe ICAO/IATA: 3
- Numero ONU/ID: 1987
- Label 3
- Gruppo di imballaggio: II
- Denominazione tecnica esatta: ETHANOL , ISOPROPANOL SOLUTION
- Codice Erg: 3L
- Passeggeri e cargo: (QUANTITA' LIMITATA) P.I.: Y341; max quantità netta/imballaggio: 1 L;
- Passeggeri e cargo: P.I.: 353; max quantità netta/imballaggio: 5 L;
- Solo cargo: P.I.: 364; max quantità netta/imballaggio: 60 L;
- Istruzioni speciali: A3.

Trasporto di rinfuse secondo l'allegato II di MARPOL 73/78 ed il codice IBC

## 15 INFORMAZIONI SULLA REGOLAMENTAZIONE

15.1. Norme e legislazione su salute, sicurezza e ambiente specifiche per la sostanza o la miscela:

Disposizioni nazionali

Italia: D.Lgs 81/2008 (Testo unico in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) e successive modifiche e Direttiva 2009/161/UE - valutazione rischio chimico ai sensi del titolo IX Italia: Prodotto soggetto a D.lgs. 21 settembre 2005 n. 238 (Allegato A)

Norme internazionali

Regolamento 648/2004 CE

Regolamento 907/2006 CE

Regolamento 1336/2008 CE

Regolamento 219/2009 CE

Regolamento 551/2009 CE

Regolamento 259/2012 CE

Regolamento 1907/2006/CE (REACH).

Regolamento 1272/2008/CE (CLP)

Regolamento (CE) n. 790/2009 (ATP 1 CLP)

Regolamento (UE) n. 286/2011 (ATP 2 CLP)

Regolamento (UE) n. 618/2012 (ATP 3 CLP)

Regolamento (UE) n. 487/2013 (ATP 4 CLP)

Regolamento (UE) n. 944/2013 (ATP 5 CLP)

Regolamento (UE) n. 605/2014 (ATP 6 CLP)

Regolamento (UE) n.1297/2014 (ATP al regolamento CLP sui requisiti per l'etichettatura e l'imballaggio di detersivi liquidi per bucato in imballaggi solubili per uso singolo)

Regolamento (UE) n. 1221/2015 (ATP 7 CLP)

Regolamento (UE) n. 918/2016 (ATP 8 CLP)

Regolamento (UE) n. 1179/2016 (ATP 9 CLP)

Regolamento (UE) n. 776/2017 (ATP 10 CLP)

Regolamento 453/2010 CE (All.II)

Regolamento (UE) n. 830/2015

L'elenco sopra riportato deve ritenersi non esaustivo

15.2 Valutazione della sicurezza chimica:

## **16 ALTRE INFORMAZIONI**

Simboli di pericolosità e testo completo delle Frasi H citate alla sezione 3 della scheda relative ai singoli componenti:

REGOLAMENTO 1272/2008 CE

GHS02: fiamma

GHS07: punto esclamativo

Flam. Liq. 2: Liquido infiammabile categoria di pericolo 2;

H225 Liquido e vapori facilmente infiammabili

Eye Irrit. 2: Lesioni ocularigravi/Irritazione oculare categoria di pericolo 2;

H319 Provoca grave irritazione oculare

STOT SE 3: Tossicità specifica per organi bersaglio - esposizione singola categoria di pericolo 3;

H335 Può irritare le vie respiratorie.

H336 Può provocare sonnolenza o vertigini

### **ABBREVIAZIONI E ACRONIMI :**

ACGIH = American Conference of Governmental Industrial Hygienists

CSR = Relazione sulla Sicurezza Chimica

DNEL = Livello Derivato di Non Effetto

DMEL = Livello Derivato di Effetto Minimo

EC50 = Concentrazione effettiva mediana

IC50 = Concentrazione di inibizione, 50%

Klimisch = Criterio di valutazione per l'affidabilità (reliability) del metodo utilizzato

LC50 = Concentrazione letale, 50%

LD50 = Dose letale media

PNEC = Concentrazione Prevista di Non Effetto

n.a. = non applicabile

n.d. = non disponibile

PBT = Sostanza Persistente, Bioaccumulabile e Tossica

SNC = Sistema nervoso centrale

STOT = Tossicità specifica per organi bersaglio

(STOT) RE = Esposizione ripetuta

(STOT) SE = Esposizione singola

Studio Chiave = Studio di maggiore pertinenza

TLV®TWA = Valore limite di soglia - media ponderata nel tempo

TLV®STEL = Valore limite di soglia - limite per breve tempo di esposizione

UVCB = sostanza dalla composizione non conosciuta e variabile (substances of Unknown or Variable composition)

vPvB = molto Persistente e molto Bioaccumulabile

P = Persistente

vP = molto Persistente

B = Bioaccumulabile

vB = molto Bioaccumulabile



## SCHEDA TECNICA

### DECS CUTE

*Presidio Medico chirurgico Reg. n°18905 del  
Ministero della Salute*

#### **Soluzione disinfettante per uso esterno a base di cloro attivo elettrolitico**

##### **1. Composizione**

100 g di soluzione contengono:

<b>Principi attivi:</b>	<b>q.tà</b>
Sodio ipoclorito	0.115 g
Sodio cloruro	1.800 g
Sodio carbonato	0.045 g
Sodio tetraborato decaidrato	0.040 g
Acqua depurata q.b.	Fino a 100 g

##### **2. Caratteristiche prodotto**

<b>Parametri</b>	<b>Specifiche</b>
Aspetto	Soluzione limpida paglierina
Sodio ipoclorito (% p/p)*	0.115 ± 0.01
pH	9.00 ± 1.00
Densità (g/cm <sup>3</sup> )	1.008 ± 0.005

\* Corrispondente a cloro attivo 0.11 g

##### **3. Campo, modalità di impiego e istruzioni per l'uso**

DECS CUTE è un prodotto indicato per la disinfezione di cute integra, disinfezione delle mani e dei genitali esterni, disinfezione pre-operatoria della cute.

Si impiega puro applicandolo mediante bagno, lavaggio, irrigazione o tamponando con garza o ovatta.

Confezione spray: nebulizzare sulla zona da trattare sino a bagnarla completamente.

Non è necessario sciacquare dopo l'uso. Il tempo di contatto non deve essere inferiore ai 2 minuti.

##### **4. Meccanismo d'azione ed attività biocida**

Il meccanismo d'azione è legato allo sviluppo di cloro ossidante che agisce su componenti protoplasmatici cellulari distruggendo il microrganismo anche per interferenza su sistemi enzimatici per azione prevalente sui radicali -SH. La velocità di azione battericida del cloro è superiore a quella di altri agenti ossidanti come ad esempio l'acqua ossigenata e le sue



## SCHEDA TECNICA

### DECS CUTE

*Presidio Medico chirurgico Reg. n°18905 del  
Ministero della Salute*

concentrazioni attive risultano tra le più basse rispetto a quelle di altri prodotti del gruppo degli ossidanti.

Per documentare e confermare le caratteristiche di DECS CUTE, sono stati effettuati i seguenti test:

**UNI EN 1040:** Disinfettanti chimici e antisettici - Prova in sospensione quantitativa per la valutazione dell'attività battericida di base dei disinfettanti chimici e antisettici - Metodo di prova e requisiti (Fase 1)

**UNI EN 1500:** Disinfettanti chimici ed antisettici - Trattamento igienico delle mani per frizione - Metodo di prova e requisiti (fase 2, stadio 2)

**UNI EN 12791:** Disinfettanti chimici ed antisettici - Disinfezione chirurgica delle mani - Metodo di prova e requisiti (fase 2, stadio 2)

**UNI EN 14348:** Disinfettanti chimici ed antisettici - Prova quantitativa in sospensione per la valutazione dell'attività micobattericida dei disinfettanti chimici nel campo medico, compresi i disinfettanti per strumenti - Metodi di prova e requisiti (fase 2/stadio 1)

**UNI EN 12054:** Disinfettanti chimici ed antisettici - Trattamento igienico delle mani per frizione - Attività battericida - Metodi di prova e requisiti

**Valutazione dell'attività virucida nei confronti di HBV-HCV ed HIV**

#### 5. Confezioni

Scatola 12 flaconi HDPE 1000 ml

Scatola da 24 flaconi HDPE 500 ml

Scatola da 40 flaconi HDPE 250 ml

#### 6. Conservazione e validità

Conservare il prodotto nella confezione originale in ambiente fresco, pulito ed asciutto, al riparo da elevate fonti di calore e non esposto a luce solare diretta.

Il periodo di validità quantificato in 30 mesi si riferisce al prodotto nel suo contenitore integro e correttamente conservato.

Periodo di validità dopo la prima apertura: se il prodotto viene prelevato con precauzione ed il contenitore chiuso e conservato correttamente, il prodotto mantiene inalterate le sue caratteristiche per un tempo pari a 3 mesi.

#### 7. Avvertenze e tossicità

##### Tossicità

Relativi alle sostanze contenute:

IPOCLORITO DI SODIO:

La sostanza è tossica per gli organismi acquatici.

C(E)L50 (mg/l) = 5,9





## SCHEDA TECNICA

### DECS CUTE

*Presidio Medico chirurgico Reg. n°18905 del  
Ministero della Salute*

TETRABORATO DI DISODIO DECAIDRATO:

CL50=74mg/L (pesci, 96h)

CE50=133mg/L (daphnia, 48h)

C(E)L50 (mg/l) = 141

Utilizzare secondo le buone pratiche lavorative, evitando di disperdere il prodotto nell'ambiente

Il prodotto non contiene lattice.

#### 8. Autorizzazioni e certificazioni

Presidio medico chirurgico registrazione n° 18905 del Ministero della Salute

#### 9. Fabbricante

Sede amministrativa: Lombarda H S.r.l. Loc. Faustina, 20080 Albairate (MI). tel. 02/94920509

Sede produttiva: Lombarda H S.r.l. Via Brisconno, Loc. Mendosio, 20081 Abbiategrasso (MI). tel. 02/94920654

#### 10. Revisioni

Revisione	Data	Motivo revisione
00	06/2006	Rimissione
01	12/2008	Aggiornamento
02	23/03/2010	Aggiornamento
03	30/05/2013	Aggiornamento
04	01/06/2015	Aggiornamento
05	23/07/2019	Aggiornamento

## SEZIONE 1: IDENTIFICAZIONE DELLA SOSTANZA O DELLA MISCELA E DELLA SOCIETÀ/IMPRESA

### 1.1. Identificatore del prodotto

Nome commerciale	Tork Alcohol Liquid Hand Sanitizer Tork Igienizzante mani liquido con alcool
Numero di articolo	420114, 420115, 420116, 420117, 420118, 424114, 424115, 424116, 424117, 424118, 511110, 511106, 590110, 880110
UFI:	U7GQ-JPYX-501M-VJHW

### 1.2. Pertinenti usi identificati della sostanza o miscela e usi sconsigliati

Utilizzi identificati	Categoria d'uso principale: Biocida Uso della sostanza/ della miscela: Agente di pulizia Funzione o categoria d'uso: Gruppo 1: Disinfettanti - TP 1 Igiene umana
Utilizzi considerati contrari	Nessuna indicazione

### 1.3. Informazioni sul fornitore della scheda di dati di sicurezza

Azienda	Essity Hygiene and Health AB (previously SCA Hygiene Products AB) SE-40503 Göteborg Svezia
Telefono	+46 (0)31 746 00 00 +39 0331 443986
Email	info@essity.com
Sito web	www.essity.com

### 1.4. Numero telefonico di emergenza

Centro Antiveleni c/o Ospedale Niguarda Cà Granda  
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - Milano  
Telefono: +39 02 66101029 - Fax: +39 02 64442768.

## SEZIONE 2: IDENTIFICAZIONE DEI PERICOLI

### 2.1. Classificazione della sostanza o della miscela

Flam. Liq. 2, H225  
Eye Irrit. 2, H319  
(Vedere la sezione 16)



## 2.2. Elementi dell'etichetta

Pittogramma di pericolo



Avvertenze

Pericolo

Indicazioni di pericolo

H225

Liquido e vapori facilmente infiammabili

H319

Provoca grave irritazione oculare

Consigli di prudenza

P102

Tenere fuori dalla portata dei bambini

P210

Tenere lontano da fonti di calore, superfici riscaldate, scintille, fiamme e altre fonti di innesco. Vietato fumare

P233

Tenere il recipiente ben chiuso

P337+P313

Se l'irritazione degli occhi persiste, consultare un medico

P403+P235

Conservare in luogo fresco e ben ventilato

P501

Smaltire il contenuto e il contenitore presso un centro di smaltimento autorizzato

## 2.3. Altri pericoli

Il prodotto non contiene sostanze classificate come PBT o vPvB

## SEZIONE 3: COMPOSIZIONE/INFORMAZIONI SUGLI INGREDIENTI

### 3.2. Miscele

Da notare che la tabella mostra i pericoli conosciuti per gli ingredienti quando essi sono in forma pura. Questi pericoli sono ridotti o eliminati in caso di miscele o diluizioni, vedi sezione 16d.

Costituente	Classificazione	Concentrazione
<b>ETANOLO</b>		
CAS Nr: 64-17-5 N. CE: 200-578-6 Indice nr.: 603-002-00-5 REACH: 01-2119457610-43	Flam. Liq. 2, Eye Irrit. 2; H225, H319	>75 %
<b>GLICOLE PROPILENICO</b>		
CAS Nr: 57-55-6 N. CE: 200-338-0 REACH: 01-2119456809-23		0,1 - 1 %
<b>GLICEROLO</b>		
CAS Nr: 56-81-5 N. CE: 200-289-5		0,1 - 1 %
<b>DIETILFTALATO</b>		
CAS Nr: 84-66-2 N. CE: 201-550-6 REACH: 01-2119486682-27	Acute Tox. 4; H332	0,1 - 1 %

Le spiegazioni relative alla classificazione ed etichettatura degli ingredienti vengono date nella sezione 16e. Le abbreviazioni ufficiali sono stampate in carattere normale. I testi in corsivo sono specifiche e/o complementi utilizzati nel calcolo dei rischi di questa miscela, vedi sezione 16b.

## SEZIONE 4: MISURE DI PRIMO SOCCORSO

### 4.1. Descrizione delle misure di primo soccorso

#### Generale

Non cercate mai di dare ad una persona incosciente un liquido o altro via orale.

#### Tramite inalazione

Lasciate il ferito che si riposi in un posto caldo a l'aria fresca; Se i sintomi restano contattate il medico.

#### a contatto con gli occhi

Risciacquare l'occhio ben aperto per alcuni minuti sotto l'acqua tiepida. Se l'irritazione persiste consultare un medico.

#### a contatto con la pelle

Togliete gli abiti contaminati.

In caso di malessere, risciacquare immediatamente con acqua. Se l'irritazione cutanea persiste, consultare un medico.

#### In caso di ingestione

Innanzitutto risciacquare bene la bocca con abbondante acqua e SPUTARE l'acqua di risciacquo. Quindi bere almeno mezzo litro d'acqua e consultare un medico.

### 4.2. Principali sintomi ed effetti, sia acuti e che ritardati

#### Tramite inalazione

L'inalazione può causare mal di testa, vertigini, debolezza e nausea.

#### a contatto con gli occhi

Irritazione.

Dolore acuto.

#### In caso di ingestione

Malore, vomiti e diareea.

### 4.3. Indicazione dell'eventuale necessità di consultare immediatamente un medico e trattamenti speciali

Trattamento dei sintomi.

## SEZIONE 5: MISURE ANTINCENDIO

### 5.1. Mezzi di estinzione

#### Agenti estinguenti raccomandati

Estinguere usando acqua nebulizzata, polvere, biossido di carbonio o schiuma resistente agli alcoli.

#### Agenti estinguenti non idonei

Non deve essere estinto con acqua a grande pressione.

### 5.2. Pericoli speciali derivanti dalla sostanza o dalla miscela

Brucia sviluppando un fumo che contiene dei gas nocivi per la salute (colossido e coldiossido).

Emette dei vapori infiammabili che possono provocare delle miscele esplosive all'contatto con l'aria.

### 5.3. Raccomandazioni per gli addetti all'estinzione degli incendi

Misure di protezione devono essere prese concernente gli altri materiali sul posto dell'incendio.

In caso d'incendio utilizzate una maschera contenente di aria pura.

Indossare indumenti di protezione.

## SEZIONE 6: MISURE IN CASO DI RILASCIO ACCIDENTALE

### 6.1. Precauzioni personali, dispositivi di protezione e procedure in caso di emergenza

Utilizzare le apparecchiature di sicurezza consigliate, si veda la sezione 8.

Chiudete l'equipaggiamento con la fiamma aperta, fuoco o un'altra fonte di calore.

Assicurare una buona ventilazione.

### 6.2. Precauzioni ambientali

Evitare il rilascio in scarichi, suolo o corsi d'acqua.

### 6.3. Metodi e materiali per il contenimento e per la bonifica

Gli sbandamenti di minore entità devono essere asciugati o lavati con acqua. Eventuali quantità più ingenti devono essere raccolte e incenerite, secondo quanto previsto dalle normative locali.

I residui in seguito al risanamento devono essere manipolati come residui pericolosi.

## 6.4. Riferimento ad altre sezioni

Vedere le sezioni 8 e 13 relativamente a dispositivi di protezione personale e istruzioni sullo smaltimento.

## SEZIONE 7: MANIPOLAZIONE E IMMAGAZZINAMENTO

### 7.1. Precauzioni per la manipolazione sicura

Tenete questo prodotto lontano dalle derrate alimentari e lontano dai bambini e di animali domestici.  
Evitare fiamme libere, elementi caldi, scintille o altre fonti di ignizione.  
Prendere precauzioni contro le scariche elettrostatiche.  
Usare in un ambiente ben ventilato.  
Evitare l'inalazione diretta di fumi provenienti dal prodotto. Evitare il contatto con gli occhi.  
Utilizzare le apparecchiature di sicurezza consigliate, si veda la sezione 8.  
Non avvicinare a prodotti incompatibili.

### 7.2. Condizioni per l'immagazzinamento sicuro, comprese eventuali incompatibilità

Immagazzinare in luogo fresco e asciutto.  
Usare sempre confezioni sigillate e con etichette visibili.  
Conservatelo in un luogo ben ventilato.

### 7.3. Usi finali particolari

Si vedano gli usi identificati nella Sezione 1.2.

## SEZIONE 8: CONTROLLO DELL'ESPOSIZIONE/PROTEZIONE INDIVIDUALE

### 8.1. Parametri di controllo

#### 8.1.1 I valori limite di esposizione professionale nazionali ETANOLO

Italia (Valori limite di esposizione professionale)

valore limite medio ponderato nel tempo (TWA) 1000 ppm

#### GLICEROLO

Italia (Valori limite di esposizione professionale)

valore limite medio ponderato nel tempo (TWA) 10 mg/m<sup>3</sup>

#### DIETILFTALATO

Italia (Valori limite di esposizione professionale)

valore limite medio ponderato nel tempo (TWA) 5 mg/m<sup>3</sup>

#### DNEL

#### ETANOLO

	Tipo di esposizione	Via di esposizione	Valore
Lavoratori	Acuto Locale	Inalazione	1900 mg/m <sup>3</sup>
Consumatori	Cronico Sistemico	Inalazione	114 mg/m <sup>3</sup>
Lavoratori	Cronico Sistemico	Cutaneo	343 mg/kg
Lavoratori	Cronico Sistemico	Inalazione	950 mg/m <sup>3</sup>
Consumatori	Acuto Locale	Inalazione	950 mg/m <sup>3</sup>
Consumatori	Acuto Locale	Cutaneo	950 mg/m <sup>3</sup>
Consumatori	Cronico Sistemico	Orale	87 mg/kg
Consumatori	Cronico Sistemico	Cutaneo	206 mg/kg

## GLICEROLO

	Tipo di esposizione	Via di esposizione	Valore
Consumatori	Cronico Sistemico	Inalazione	33 mg/m <sup>3</sup>
Lavoratori	Cronico Sistemico	Inalazione	56 mg/kg
Consumatori	Cronico Sistemico	Orale	229 mg/kg

## PNEC ETANOLO

Target di protezione ambientale	Valore PNEC
Acqua dolce	0,96 mg/l
Sedimento in acqua dolce	3,6 mg/kg
Acqua marina	0,79 mg/l
Sedimento in acqua marina	2,9 mg/kg
Microorganismi nel trattamento delle acque reflue	580 mg/l
Suolo (agricolo)	0,63 mg/kg

## GLICEROLO

Target di protezione ambientale	Valore PNEC
Acqua dolce	0,885 mg/l
Sedimento in acqua dolce	3,3 mg/kg
Acqua marina	0,088 mg/l
Sedimento in acqua marina	0,33 mg/kg
Microorganismi nel trattamento delle acque reflue	1000 mg/l
Suolo (agricolo)	0,141 mg/kg
Intermittente	8,85 mg/L

## 8.2. Controlli dell'esposizione

Per minimizzare i rischi bisogna prestare attenzione ai rischi fisici (vedi sezioni 2 e 10) di questo prodotto ai sensi delle direttive EU 89/391 e 98/24 e della normativa nazionale sul lavoro.

### 8.2.1. Controlli tecnici idonei

La ventilazione nel luogo di lavoro deve garantire una qualità dell'aria in ottemperanza ai requisiti della legislazione in vigore sugli ambienti di lavoro. La ventilazione mediante scarico dell'aria deve essere utilizzata per eliminare i contaminanti dell'atmosfera alla sorgente.

### Protezione per occhi/volto

Una protezione per gli occhi deve essere utilizzata in caso di rischio di contatto diretto o di schizzo.

### Protezione cutanea

Indossare i guanti (EN 374) in caso di esposizione ripetuta o prolungata.

### Protezione respiratoria

Utilizzate una protezione appropriata per la respirazione in caso di ventilazione scarsa.

Maschera gas con filtro tipo A (marrone) può essere necessaria.

### 8.2.3 Controlli dell'esposizione ambientale

Trattare il prodotto in modo da evitare la sua diffusione negli scarichi, nei corsi d'acqua, nel terreno e nell'atmosfera.

## SEZIONE 9: PROPRIETÀ FISICHE E CHIMICHE

### 9.1. Informazioni sulle proprietà fisiche e chimiche fondamentali

a) stato fisico	liquido Forma: liquido
b) colore	incolore
c) odore	simile all'alcool
d) punto di fusione/punto di congelamento	<0 °C
e) punto di ebollizione o punto iniziale di ebollizione e intervallo di ebollizione	78 °C
f) infiammabilità	Non indicato
g) limite inferiore e superiore di esplosività	3,4 - 19 %
h) punto di infiammabilità	15,5 °C
i) temperatura di autoaccensione	>272 °C
j) temperatura di decomposizione	Non indicato
k) pH	Se disponibile, il pH è: 4,8
l) viscosità cinematica	12000 mm <sup>2</sup> /s
m) solubilità	Idrosolubilità Solubile
n) coefficiente di ripartizione n-ottanolo/acqua (valore logaritmico)	Non indicato
o) tensione di vapore	23 hPa
p) densità e/o densità relativa	0,84 g/cm <sup>3</sup>
q) densità di vapore relativa	>1 Aria = 1
r) caratteristiche delle particelle	Non indicato

### 9.2. Altre informazioni

#### 9.2.1. Informazioni relative alle classi di pericoli fisici

Non indicato

#### 9.2.2. Altre caratteristiche di sicurezza

Non indicato

## SEZIONE 10: STABILITÀ E REATTIVITÀ

### 10.1. Reattività

Il prodotto non contiene nessuna sostanza in grado di causare una reazione nociva in condizioni d'uso normali.

### 10.2. Stabilità chimica

Il prodotto è stabile in condizioni di immagazzinamento e di movimentazione normali.

### 10.3. Possibilità di reazioni pericolose

Può emettere vapori volatili e infiammabili. Evitare di usare vicino a fonti di calore o di ignizione.

### 10.4. Condizioni da evitare

Evitare fonti di calore, scintille e fiamme aperte.

### 10.5. Materiali incompatibili

Evitare il contatto con forti agenti ossidanti.

### 10.6. Prodotti di decomposizione pericolosi

Nessuno in condizioni normali.

## SEZIONE 11: INFORMAZIONI TOSSICOLOGICHE

### 11.1. Informazioni sulle classi di pericolo definite nel regolamento (CE) n. 1272/2008

Le informazioni su eventuali rischi per la salute sono basati sull'esperienza e/o sulle proprietà tossicologiche di diversi componenti del prodotto.

#### **Tossicità acuta**

Il prodotto non è classificato con tossicità acuta.

#### **ETANOLO**

LD50 Lepre 24h: > 20000 mg/kg Dermicamente

LC50 Sorcio 4h: 124.7 mg/l Inalazione

LD50 Sorcio 10h: 38 mg/liter Inalazione

LD50 Sorcio 10h: 2000 ppm Inalazione

LD50 Sorcio 24h: 7060 mg/kg Oralmente

#### **GLICOLE PROPILENICO**

LD50 Lepre 24h: > 10000 mg/kg Dermicamente

LD50 Sorcio 24h: 1 - 34000 mg/kg Oralmente

#### **GLICEROLO**

LD50 Lepre 24h: > 18700 mg/kg Dermicamente

LC50 Sorcio 4h: > 2.75 mg/L Inalazione

LD50 Sorcio 24h: 12600 mg/kg Oralmente

#### **Corrosione/irritazione cutanea**

Il prodotto non è classificato come corrosivo/irritante per la pelle.

#### **Lesioni oculari gravi/irritazioni oculari gravi**

Il contatto con gli occhi può causare bruciore o irritazione.

#### **Sensibilizzazione respiratoria o cutanea**

Il prodotto non è classificato come sensibilizzante.

#### **Mutagenicità delle cellule germinali**

Il prodotto non è classificato come mutageno.

#### **Cancerogenicità**

Il prodotto non è classificato come cancerogeno.

#### **Tossicità per la riproduzione**

Il prodotto non è classificato come reprotossico.

#### **Tossicità specifica per organi bersaglio (STOT) - esposizione singola**

Il prodotto non è classificato per la tossicità organica specifica dopo una singola esposizione.

#### **Tossicità specifica per organi bersaglio (STOT) - esposizione ripetuta**

Il prodotto non è classificato per la tossicità organica specifica dopo l'esposizione ripetuta.

#### **Pericolo in caso di aspirazione**

Il prodotto non è classificato come tossico per l'inalazione.

### 11.2. Informazioni su altri pericoli

#### **11.2.1. Proprietà di interferenza con il sistema endocrino**

Nessuna indicazione.

#### **11.2.2. Altre informazioni**

Nessuna indicazione.

## SEZIONE 12: INFORMAZIONI ECOLOGICHE

### 12.1. Tossicità

Il prodotto non deve essere etichettato come pericolo ambientale. Tuttavia non si pensa che emissioni di grande entità o emissioni ripetute di piccola entità possano avere effetti dannosi sull'ambiente.

#### ETANOLO

LC50 Salmone arcobaleno(*Oncorhynchus mykiss*) 96h: 1 - 16 g/l

LC50 Specie di carpa (*Pimephales promelas*) 96h: > 100 mg/l

LC50 Daphnia (*Daphnia magna*) 48h: 12340 mg/l

EC50 Daphnia (*Daphnia magna*) 48h: 1 - 14221 mg/l

#### GLICOLE PROPYLENICO

LC50 Salmone arcobaleno(*Oncorhynchus mykiss*) 96h: 40613 mg/l

EC50 Daphnia (*Daphnia magna*) 96 h: 1 - 34400 mg/L

EC50 Daphnia (*Daphnia magna*) 48 h: 43500 mg/l

LC50 Pesce 96h: 1 - 54600 mg/L

NOEC Pesce 168h: 98 mg/l

#### GLICEROLO

LC50 Salmone arcobaleno(*Oncorhynchus mykiss*) 96h: > 500 mg/l

LC50 Specie di carpa (*Pimephales promelas*) 96h: > 100 mg/l

LC50 Carpa rossa (*Leuciscus idus*) 96h: > 2900 mg/l

EC50 Daphnia (*Daphnia magna*) 48 h: > 10000 mg/l

EC50 Daphnia (*Daphnia magna*) 24h: > 10000 mg/L

### 12.2. Persistenza e degradabilità

I surfattanti utilizzati nel presente prodotto sono conformi con i criteri per la biodegradabilità, come previsto dal Regolamento 648/2004.

### 12.3. Potenziale di bioaccumulo

Questo prodotto o alcuni dei suoi ingredienti si accumulano nella natura.

### 12.4. Mobilità nel suolo

Il prodotto è miscibile con l'acqua e pertanto è variabile nel suolo e nell'acqua.

### 12.5. Risultati della valutazione PBT e vPvB

Il prodotto non contiene sostanze classificate come PBT o vPvB.

### 12.6. Proprietà di interferenza con il sistema endocrino

Nessuna indicazione.

### 12.7. Altri effetti avversi

Effetti o rischi: nessuno conosciuto.

## SEZIONE 13: CONSIDERAZIONI SULLO SMALTIMENTO

### 13.1. Metodi di trattamento dei rifiuti

#### Manipolazione dei rifiuti per il prodotto

I prodotti scartati devono essere smaltiti come rifiuti nocivi, conformemente alla legge.

Eventuali involucri non completamente vuoti possono contenere residui di sostanze dannose e devono pertanto essere trattati come rifiuti pericolosi, conformemente a quanto specificato sopra. Gli involucri completamente vuoti possono essere riciclati.

Evitare lo smaltimento nelle fognature.

Vedere la direttiva 2008/98/CE sui rifiuti. Osservare le disposizioni nazionali o locali sulla gestione dei rifiuti.

## SEZIONE 14: INFORMAZIONI SUL TRASPORTO

Laddove non altrimenti specificato, le informazioni si applicano a tutte le raccomandazioni delle Nazioni Unite sul trasporto di merci pericolose, ovvero ADR (strada), RID (ferrovia), ADN (vie navigabili interne), IMDG (mare) e ICAO (IATA) (aria).

### 14.1. Numero ONU

1170



#### 14.2. Nome di spedizione dell'ONU

ETANOLO IN SOLUZIONE (ALCOL ETILICO IN SOLUZIONE)

#### 14.3. Classi di pericolo connesso al trasporto

##### Classe

3: Liquidi infiammabili

##### Codice di classificazione

F1: Liquidi infiammabili aventi un punto d'infiammabilità inferiore o uguale a 61°C

##### Rischio sussidiario (IMDG)

Nessun rischio secondario secondo il codice IMDG

##### Etichette



#### 14.4. Gruppo d'imballaggio

Gruppo d'imballaggio II

#### 14.5. Pericoli per l'ambiente

Non applicabile

#### 14.6. Precauzioni speciali per gli utilizzatori

##### Restrizioni del tunnel

Categoria tunnel: D/E

#### 14.7. Trasporto marittimo alla rinfusa conformemente agli atti dell'IMO

Non applicabile

#### 14.8 Altre informazioni sul trasporto

Categoria trasporto: 2; Quantità totale massima per unità trasportata: 333 kg o litri

Stoccaggio categoria A (IMDG)

Pianificazione di emergenza (EmS) per l'INCENDIO (IMDG) F-E

Pianificazione di emergenza (EmS) per le PERDITE (IMDG) S-D

Quantità limitate (LQ):.

1 L.

Quantità esenti, codice E2:

Quantità massima netta per imballaggio interno: 30 ml

Quantità massima per imballaggio esterno: 500 ml.

### SEZIONE 15: INFORMAZIONI SULLA REGOLAMENTAZIONE

#### 15.1. Norme e legislazione su salute, sicurezza e ambiente specifiche per la sostanza o la miscela

Regolamento (UE) n. 528/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 maggio 2012, relativo alla messa a disposizione sul mercato e all'uso dei biocidi.

#### 15.2. Valutazione della sicurezza chimica

Valutazione ed rapporto di sicurezza dei prodotti chimici conforme a 1907/2006 Allegato I non è stato attuato.

## SEZIONE 16: ALTRE INFORMAZIONI

### 16a. Indicazione di dove sono state apportate modifiche rispetto alla versione precedente

#### Revisione di questo documento

Versioni precedenti

2020-10-16 Modifiche nella(e) sezione(i) 2, 11, 12, 14.

### 16b. Spiegazione o legenda delle abbreviazioni utilizzati nella scheda dati di sicurezza

#### Testo per intero della classe di pericolo e del codice di categoria menzionato alla sezione 3

Flam. Liq. 2 Liquidi infiammabili, categoria di pericolo 2 - Flam. Liq. 2, H225 - Liquido e vapori facilmente infiammabili

Eye Irrit. 2 Gravi lesioni oculari/irritazione oculare, categoria di pericolo 2 - Eye Irrit. 2, H319 - Provoca grave irritazione oculare

Acute Tox. 4 Tossicità acuta in caso di inalazione, categoria di pericolo 4 - Acute Tox. 4, H332 - Nocivo se inalato

#### Spiegazione delle abbreviazioni alla Sezione 14

ADR Accordo europeo relativo al trasporto internazionale di merci pericolose su strada

RID Regolamento concernente il trasporto internazionale per ferrovia delle merci pericolose

IMDG Codice marittimo internazionale per il trasporto delle merci pericolose

ICAO Organizzazione per l'aviazione civile internazionale(ICAO, 999 University Street, Montreal, Quebec H3C 5H7, Canada)

IATA Associazione Internazionale dei Trasporti Aerei

Codice di restrizione tunnel: D/E; trasporto alla rinfusa o in serbatoio: proibito il passaggio in tunnel di categoria D ed E. Altri mezzi di trasporto: proibito il passaggio in tunnel di categoria E.

Categoria trasporto: 2; Quantità totale massima per unità trasportata: 333 kg o litri

### 16c. Principali riferimenti bibliografici e fonti di dati

#### Fonte dei dati

I dati principali per il calcolo dei pericoli sono stati presi principalmente dalla lista europea di classificazione ufficiale, 1272/2008 Allegato I, come aggiornata a 2021-02-28.

Laddove mancano tali dati, in secondo luogo è stata usata la documentazione sulla quale si basa questa classificazione ufficiale, ad esempio IUCLID (International Uniform Chemical Information Database). In terzo luogo sono state usate delle informazioni da fornitori chimici internazionali degni di nota, e successivamente altre fonti disponibili, ad esempio schede dei dati di sicurezza di altri fornitori o informazioni da associazioni non-profit, laddove l'affidabilità della fonte è stata giudicata da un esperto. Se nonostante ciò non sono state trovate informazioni affidabili, i pericoli sono stati giudicati dai pareri degli esperti in base sulle proprietà al loro note di altre sostanze simili, ai sensi dei principi della normativa 1907/2006 e 1272/2008.

#### Testi integrali dei regolamenti menzionati in questa scheda dei dati di sicurezza

1907/2006 REGOLAMENTO 1907/2006 (CE) N.DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 18 dicembre 2006 concernente la registrazione, la valutazione, l'autorizzazione e la restrizione delle sostanze chimiche (REACH), che istituisce un'agenzia europea per le sostanze chimiche, che modifica la direttiva 1999/45/CE e che abroga il regolamento (CEE) n. 793/93 del Consiglio e il regolamento (CE) n. 1488/94 della Commissione, nonché la direttiva 76/769/CEE del Consiglio e le direttive della Commissione 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE e 2000/21/CE

1272/2008 REGOLAMENTO (CE) N. 1272/2008 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 16 dicembre 2008 relativo alla classificazione, all'etichettatura e all'imballaggio delle sostanze e delle miscele che modifica e abroga le direttive 67/548/CEE e 1999/45/CE e che reca modifica al regolamento (CE) n. 1907/2006

89/391 DIRETTIVA DEL CONSIGLIO del 12 giugno 1989 concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro

98/24 DIRETTIVA 98/24/CE DEL CONSIGLIO del 7 aprile 1998 sulla protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori contro i rischi derivanti da agenti chimici durante il lavoro (quattordicesima direttiva particolare ai sensi dell'articolo 16, paragrafo 1, della direttiva 89/391/CEE)

648/2004 REGOLAMENTO (CE) N. 648/2004 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 31 marzo 2004 relativo ai detergenti

2008/98/CE DIRETTIVA 2008/98/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 19 novembre 2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive

### 16d. Segnalazione di quale dei metodi di valutazione delle informazioni di cui 1272/2008 Articolo 9 è stato impiegato ai fini della classificazione

Il calcolo dei pericoli con questa miscela è stato effettuato sotto forma di valutazione applicando un peso di prova utilizzando il parere

di un esperto in conformità con 1272/2008 Allegato I , considerando tutte le informazioni disponibili per determinare i rischi della miscela in conformità con 1907/2006 Allegato XI .

#### **16e. Elenco delle pertinenti indicazioni di pericolo e/o consigli di prudenza**

##### **Testo completo per l'indicazione dei rischi, menzionati nella sezione 3**

H225 Liquido e vapori facilmente infiammabili

H319 Provoca grave irritazione oculare

H332 Nocivo se inalato

#### **16f. Indicazioni su eventuali formazioni adeguate per i lavoratori al fine di garantire la protezione della salute umana e dell'ambiente**

##### **Avvertimento per l'uso scorretto**

Questo prodotto può provocare delle lesioni se non è usato correttamente. Il fabbricante, il distributore o il fornitore non possono essere responsabili degli effetti contrari se il prodotto non è usato conforme alla sua utilità.

##### **Altre informazioni rilevanti**

Nessuna indicazione

##### **Informazioni su questo documento**



Questa scheda dei dati di sicurezza è stata preparata e controllata da KemRisk®, KemRisk Sweden AB, Platensgatan 8, SE-582 20 Linköping, Svezia, [www.kemrisk.se](http://www.kemrisk.se)

**Oggetto: Registrazione PMC Tork Alcol  
Liquido Disinfettante mani senza risciacquo  
cod. 420115, 511110, 590110, 424115**

Legnano, 22/01/2021

Gentile Cliente,

Essity Italy S.p.A. con la presente dichiara che i prodotti Tork Alcol Liquido Disinfettante mani senza risciacquo cod. 420115, 511110, 590110, 424115 hanno ottenuto in data 22/11/2021 la registrazione in Italia come "Presidio Medico Chirurgico" secondo la legislazione nazionale vigente ("Domanda di autorizzazione all'immissione in commercio", Provvedimento 5 febbraio 1999 del Dirigente Generale del Dipartimento per la valutazione dei medicinali e la farmacovigilanza e Decreto del Presidente della Repubblica 6 ottobre 1998, n. 392).

Il n. di registrazione assegnato agli articoli in oggetto è:20781.

In fede,

Riccardo Trionfera  
Direttore Commerciale  
Essity Italy S.p.A



CASA DI CURA

AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore

Roma, 4 maggio 2022

*Alla cortese attenzione*

PROT. N. 40/DS/2022

TUTTO IL PERSONALE SANITARIO E SOCIO-SANITARIO

*Per conoscenza*

TRASMESSA PER MEZZO POSTA ELETTRONICA

AFFISSIONE IN BACHECA (SENZA ALLEGATI)

PIATTAFORMA INTRANET

COMUNICAZIONI E DISPOSIZIONI → NOTE DELLA DIREZIONE

COMITATO CLINICO DI CONTROLLO DEL RISCHIO SANITARIO,  
DEL S.G.Q. E DELL'INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)

SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (SPP)  
ex D. LGS. n. 81/2008

RAPPRESENTANTE DEI LAVORATORI  
PER LA SICUREZZA (RLS)  
ex D. LGS. n. 81/2008

Dr.<sup>ssa</sup> Serafina TROPEA  
RESPONSABILE SERVIZI GENERALI

Dr. Pierbiagio CUOMO  
DIREZIONE AMMINISTRATIVA

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE (CDA)



**OGGETTO:** 5 maggio 2022. Giornata Mondiale per il lavaggio delle mani.

In occasione della *Giornata mondiale per il lavaggio delle mani*, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), fin dal 2005, per rimarcare l'importanza di tale pratica "essenziale per affrontare tre grandi sfide per la sanità pubblica del nostro tempo:

- ridurre la circolazione del SARS-CoV-2,
- prevenire le infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA),
- contrastare il fenomeno della resistenza agli antibiotici",

nonché, in armonia con gli obiettivi prestabiliti dal *Piano di azione locale di igiene delle mani*, così come recepito dal *Piano Annuale di Rischio Sanitario* (PARS) 2022, si illustrano, di seguito, le iniziative promosse dall'Organizzazione.

#### 1. Corso di formazione per Formatori e Osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari.

In data 29.04.2022 e 02.05.2022, così come stabilito dalla Nota prot. n. 37/DS del 22.04.2022 (**allegato n. 1**), si è regolarmente svolto il Corso aziendale di formazione rivolto ai Formatori e agli Osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani.

In particolare, sono stati rilasciati, a conclusione del succitato evento formativo, gli attestati – su carta pergamena (**allegato n. 2**) - ai seguenti partecipanti, appartenenti allo specifico **Gruppo di Lavoro infermieristico**, creato *ad hoc* dal *Comitato clinico di Controllo sull'Infezioni Correlate all'Assistenza* (CC-ICA), proprio per sensibilizzare tutti gli operatori della Struttura in merito alla corretta e assidua pratica dell'igiene delle mani secondo la metodologia dell'OMS "5 moments for hand hygiene":

- Dr.<sup>ssa</sup> Cinzia BELLUZZI;
- Dr. Andrea CARRATÙ;
- Dr.<sup>ssa</sup> Federica GIAMBELARDINI;
- Dr. Daniele LUPINO;
- Dr.<sup>ssa</sup> Eliana del Pilar MUCHA;
- Dr. Generoso NAPPA;
- Dr.<sup>ssa</sup> Eugenia NATALE;
- Dr.<sup>ssa</sup> Silvia PAOLETTI (in sostituzione della Dr.<sup>ssa</sup> Eugenia NATALE);
- Dr.<sup>ssa</sup> Marta PIPARO (in sostituzione del Dr. Demetrio DE FUSCO).

CASA DI CURA ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

AUXOLOGICO ROMA - BUON PASTORE

Recupero e Riabilitazione funzionale (cod. 56) • Lungodegenza medica (cod. 60) • Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) • Nucleo di Assistenza Residenziale Intensiva

Via di Vallelunga, 8 – 00166 Roma • Centralino tel. 06. 61 52 19 65 r.a. - fax 06. 61 52 19 71

Auxologico Roma S.r.l. Società Benefit • Codice fiscale/partita IVA 15939381008



CASA DI CURA

AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore

Giova evidenziare che il Corso, dopo un primo *step* di approfondimento sugli elementi teorici di base (definizione ed epidemiologia della Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e impatto dell'igiene delle mani e delle misure di *Infection Prevention and Control* (IPC); precauzioni da contatto; principali vie di trasmissione dei microrganismi associati alle ICA, con particolare attenzione alla trasmissione tramite le mani; igiene delle mani e prevenzione delle ICA; Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani: strategie e strumenti per l'implementazione; perché, quando e come praticare l'igiene delle mani), ha privilegiato l'approccio pratico attraverso una serie di esercitazioni, anche impiegando i filmati che presentavano diversi scenari e simulazioni in ambito ospedaliero, messi a disposizione dall'OMS, nonché, utilizzando i materiali didattici, sempre dell'OMS, tradotti dal Centro Regionale di Rischio Clinico (CRRC) della Regione Lazio e, infine, tramite la consegna di ulteriori documenti/strumenti di lavoro ritenuti indispensabili per una completa e puntuale formazione del Formatore/Osservatore (quali, per esempio, il *"Manuale per gli Osservatori: strategia multimodale dell'OMS mirata al miglioramento dell'igiene delle mani"*, a cura dell'OMS, e l'estratto del Capitolo *"Lavarsi le mani"* dal testo di Atul Gawande dal titolo: *"Con Cura (Diario di un medico deciso a fare meglio)"*.

Occorre sottolineare, infine, che è stato possibile applicare la metodologia dell'OMS *"5 moments for hand hygiene"* nella nostra Casa di Cura e RSA, grazie alla sensibilità della Direzione Generale dell'Istituto Auxologico Italiano che, già nel 2021, ha provveduto a installare, in corrispondenza di ciascun **punto di assistenza** al letto del paziente, **n. 200 dispenser**, con sensore automatico, **di soluzione liquida disinfettante biocida per le mani a base alcolica** certificata EN 14776 (che presenta, quindi, un'efficacia virucida dimostrata anche per Rotavirus, Norovirus e i virus incapsulati), dotati di un sistema "a cartuccia", così da escludere ogni forma di contaminazione batterica (in quanto si eviterebbero possibili operazioni di rabboccatura e/o travaso di prodotto nei contenitori e/o la possibilità che l'operatore con le mani possa a venire a contatto con la parte terminale dell'erogatore), senza i quali detta metodica non si sarebbe potuta adottare.

## **2. Stampa di n. 500 (cinquecento) copie, a colori e su carta patinata, della mini-brochure dell'OMS dal titolo: *"Igiene delle mani: quando, come e perché?"*.**

È stata distribuita una copia a ciascuno degli oltre n. 180 operatori sanitari e socio-sanitari della Casa di Cura e della RSA della *brochure* riassuntiva dell'OMS sull'igiene delle mani (**allegato n. 3**).

Altre n. 100 copie sono state recapitate all'*Ufficio delle Risorse umane* che, nel rispetto dell'istruzione operativa già licenziata, dovrà consegnare una copia *brevi manu* a tutte le unità al momento dell'assunzione.

Le restanti copie sono state consegnate al personale del Centralino affinché vengano destinate a tutti i familiari, i *caregiver* e gli utenti in genere, che faranno visita nella nostra Struttura nella giornata di domani.

## **3. Questionario di valutazione degli operatori sanitari e individuazione dei *Leader* dell'igiene delle mani, anno 2022.**

a) Nella giornata di domani sarà consegnata una copia del *"Questionario sull'igiene delle mani per gli operatori sanitari"*, (anonimo) predisposto dal CRRC e debitamente adattato dal *Clinical Risk Manager* (**allegato n. 4**) alla nostra realtà sanitaria, a tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari della Casa di Cura e della RSA, suddivisi nei seguenti cinque gruppi:

- U.O. di Lungodegenza medica, cod. 60 (medici, infermieri, OSS ed eq.);
- U.O. di Recupero funzionale e Riabilitazione, cod. 56 (medici, infermieri, OSS ed eq.);
- Nucleo di Assistenza Residenziale Intensiva (medici, infermieri, OSS ed eq.);
- Nuclei di RSA, Mantenimento, ed. "B" (medici, infermieri, OSS e ausiliari);
- Nuclei di RSA, Mantenimento, ed. "C" (medici, infermieri, OSS ed eq.);
- Servizio di Riabilitazione (costituito da tutte le figure appartenenti al personale tecnico-sanitario di Riabilitazione: fisioterapisti, terapisti occupazionali, educatrici professionali, logopedista).

Entro **sabato 7 maggio c.a.** i questionari dovranno essere consegnati ai Coordinatori infermieristici e del personale tecnico-sanitario della Riabilitazione i quali, a loro volta, trasmetteranno gli stessi a questa direzione sanitaria.

b) Ciascun Coordinatore dei gruppi sopra indicati, sempre entro la giornata di sabato 7 maggio c.a., dovrà trasmettere, per mezzo e-mail, alla direzione sanitaria, due immagini, di cui una da utilizzare come *screen saver* e l'altra come sfondo sul *desktop* di tutte le postazioni PC attive nell'U.O./nucleo/servizio, al fine di sensibilizzare tutti gli operatori sull'importanza della pratica dell'igiene delle mani, nonché, per generare un effetto *"reminder"*.



CASA DI CURA

AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore

c) In occasione del prossimo CC-ICA, previsto per il prossimo **venerdì 17 maggio 2022**, saranno analizzati i risultati dei questionari pervenuti entro la scadenza precedentemente indicata, suddivisi per i cinque gruppi individuati, e votata collegialmente la migliore coppia d'immagini proposte dai Coordinatori (e auspicabilmente condivise con tutti gli operatori del Gruppo), privilegiando originalità e incisività del messaggio.

Al termine della votazione si individuerà il Gruppo che ha ottenuto il punteggio maggiore sulla base dei seguenti criteri:

- maggior numero di risposte corrette indicate sul “Questionario per gli operatori sanitari sull'igiene delle mani” in termini di percentuale (punteggio max. “pesato”: 70 punti);
- adesione all'iniziativa di compilare il “Questionario per gli operatori sanitari sull'igiene delle mani” (indicatore: questionari trasmessi/questionari pervenuti in base al numero di operatori effettivamente in servizio nel Gruppo. Punteggio max.: 15 punti);
- Miglior coppia di immagini proposta da inserire come *screen saver*/sfondo per il *desktop* dei PC dell'U.O./nucleo/servizio.

A tutti gli operatori del Gruppo che avrà conseguito il punteggio maggiore verrà consegnata, parimenti ai Formatori e agli Osservatori già formati, la spilla di “**LEADER PER L'IGIENE DELLE MANI**”, come di seguito riprodotta, con il logo di “Auxologico”.



3

**4. Formazione.** Nel mese di maggio sarà svolto un Corso di formazione per gli operatori sanitari e socio-sanitari sull'igiene delle mani, destinato principalmente ai neo-assunti, che sarà curato dai Coordinatori del Gruppo di Lavoro infermieristico, nonché, Formatori e Osservatori, Dr.<sup>ssa</sup> Federica Giambelardini e Dr. Daniele Lupino, con il supporto e la supervisione del *Clinical Risk Manager*.

**5. Studio osservazionale.** Entro la fine dell'anno, sarà realizzato il primo studio osservazionale sulla pratica dell'igiene delle mani basato sulla metodologia dell'OMS “5 moments for hand hygiene”.

Si allega, infine, la locandina del convegno previsto per domani presso la Sala “Tirreno” della Regione Lazio (**allegato n. 5**) in occasione, per l'appunto, della Giornata mondiale dell'igiene delle mani.

Nel ringraziare tutti per l'attenzione, l'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Enrico Rosati

ENRICO ROSATI

04.05.2022

18:15:36

GMT+00:00



CASA DI CURA ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

AUXOLOGICO ROMA – BUON PASTORE

Recupero e Riabilitazione funzionale (cod. 56) • Lungodegenza medica (cod. 60) • Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) • Nucleo di Assistenza Residenziale Intensiva

Via di Vallerlunga, 8 – 00166 Roma • Centralino tel. 06. 61 52 19 65 r.a. - fax 06. 61 52 19 71

Auxologico Roma S.r.l. Società Benefit • Codice fiscale/partita IVA 15939381008





CASA DI CURA

AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore

**Allegato n. 1**

Roma, 22 aprile 2022

PROT. N. 37/DS/2022

RACCOMANDATA A MANO AI DESTINATARI IN INDIRIZZO

TRASMESSA PER MEZZO POSTA ELETTRONICA

*Alla cortese attenzione*

**GRUPPO DI LAVORO INFERMIERISTICO (GdL)  
"FORMATORI E OSSERVATORI  
SULLA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI"**

Dr.<sup>ssa</sup> Federica **GIAMBELARDINI** (COORDINATORE GdL)

Dr. Daniele **LUPINO** (COORDINATORE GdL)

Dr.<sup>ssa</sup> Cinzia **BELLUZZI**

Dr.<sup>ssa</sup> Eliana del Pilar **MUCHA**

Dr.<sup>ssa</sup> Eugenia **NATALE**

Dr. Andrea **CARRATÙ**

Dr. Demetrio **DE FUSCO**

Dr. Generoso **NAPPA**

*Per conoscenza*

**COMITATO CLINICO DI CONTROLLO DEL RISCHIO SANITARIO,  
DEL S.G.Q. E DELL'INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)**

**OGGETTO:** *Corso di formazione per i formatori e gli osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani.*

In sintonia con gli obiettivi e gli indirizzi stabiliti dal *Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS)*, dal *Piano di azione locale sull'igiene delle mani* e dal *Piano di Formazione Aziendale (PFA)*, relativi all'anno in corso, si informa Codesto Gruppo di Lavoro infermieristico, coordinato dalla Dr.<sup>ssa</sup> Federica Giambelardini e dal Dr. Daniele Lupino, così come stabilito dal CC-ICA in occasione della Seduta ordinaria del 25.10.2021 (si veda Nota prot. n. 18/DS del 25.10.2021) che, nei giorni **29.04.2022** e **02.05.2022**, si terrà, presso la Sala Polivalente della Casa di Cura, a partire dalle ore 12.45, il **Corso di formazione per i formatori e gli osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani**, ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021.

L'evento formativo sarà tenuto dal *Clinical Risk Manager* della Struttura e, in un'ottica di formazione a cascata, lo stesso sarà propedeutico alla realizzazione di ulteriori corsi di formazione sul tema dedicati al personale sanitario della Casa di Cura e della RSA, nonché, allo svolgimento di studi osservazionali sulla pratica dell'igiene delle mani condotti dal nostro personale infermieristico neoformato.

Al termine del corso sarà rilasciato apposito Attestato di partecipazione nominativo.

Nel ringraziare anticipatamente per la collaborazione attiva all'iniziativa, l'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Enrico Rosati

ENRICO ROSATI

22.04.2022 09:10:11

GMT+00:00



CASA DI CURA ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

**AUXOLOGICO ROMA - BUON PASTORE**

Recupero e Riabilitazione funzionale (cod. 56) • Lungodegenza medica (cod. 60) • Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) • Nucleo di Assistenza Residenziale Intensiva

Via di Vallerlunga, 8 – 00166 Roma • Centralino tel. 06. 61 52 19 65 r.a. - fax 06. 61 52 19 71

Auxologico Roma S.r.l. Società Benefit • Codice fiscale/partita IVA 15939381008



Allegato n. 2

# *Attestato di partecipazione*

*rilasciato alla Dott.ssa*

## CINZIA BELLUZZI

*Nata a Grosseto il 29.05.1984*

PER AVER FREQUENTATO L'EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

**«CORSO DI FORMAZIONE PER FORMATORI E OSSERVATORI  
SULLA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI  
FRA GLI OPERATORI SANITARI»**

**ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021**

**svoltosi a Roma presso la Casa di Cura «AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore»**

**in data 29.04.2022 e 02.05.2022.**

Roma, 2 maggio 2022

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO DELL'EVENTO FORMATIVO

DR. ENRICO ROSATI  
*Enrico Rosati*  
(CLINICAL RISK MANAGER)





# *Attestato di partecipazione*

*rilasciato alla Dott.ssa*

## MARTA PIPARO

*Nata a Vittoria (RG) il 22.03.1995*

PER AVER FREQUENTATO L'EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

**«CORSO DI FORMAZIONE PER FORMATORI E OSSERVATORI  
SULLA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI  
FRA GLI OPERATORI SANITARI»**

**ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021**

**svoltosi a Roma presso la Casa di Cura «AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore»**

**in data 29.04.2022 e 02.05.2022.**

Roma, 2 maggio 2022

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO DELL'EVENTO FORMATIVO

DR. ENRICO ROSATI  
*Enrico Rosati*  
(CLINICAL RISK MANAGER)





# *Attestato di partecipazione*

*rilasciato alla Dott.ssa*

## **SILVIA PAOLETTI**

*Nata a Roma il 27.10.1994*

PER AVER FREQUENTATO L'EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

### **«CORSO DI FORMAZIONE PER FORMATORI E OSSERVATORI SULLA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI FRA GLI OPERATORI SANITARI»**

**ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021**

**svoltosi a Roma presso la Casa di Cura «AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore»**

**in data 29.04.2022 e 02.05.2022.**

Roma, 2 maggio 2022

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO DELL'EVENTO FORMATIVO

**DR. ENRICO ROSATI**  
*Enrico Rosati*  
(CLINICAL RISK MANAGER)





# *Attestato di partecipazione*

*rilasciato alla Dott.ssa*

## **ELIANA DEL PILAR MUCHA**

*Nata a Junìn (Perù) il 12.07.1963*

PER AVER FREQUENTATO L'EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

**«CORSO DI FORMAZIONE PER FORMATORI E OSSERVATORI  
SULLA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI  
FRA GLI OPERATORI SANITARI»**

**ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021**

**svoltosi a Roma presso la Casa di Cura «AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore»**

**in data 29.04.2022 e 02.05.2022.**

Roma, 2 maggio 2022

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO DELL'EVENTO FORMATIVO

**DR. ENRICO ROSATI**  
*Enrico Rosati*  
(CLINICAL RISK MANAGER)





# *Attestato di partecipazione*

*rilasciato al Dott.*

# DANIELE LUPINO

*Nato a Roma il 24.01.1985*

PER AVER FREQUENTATO L'EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

**«CORSO DI FORMAZIONE PER FORMATORI E OSSERVATORI  
SULLA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI  
FRA GLI OPERATORI SANITARI»**

**ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021**

**svoltosi a Roma presso la Casa di Cura «AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore»**

**in data 29.04.2022 e 02.05.2022.**

Roma, 2 maggio 2022

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO DELL'EVENTO FORMATIVO

DR. ENRICO ROSATI  
*Enrico Rosati*  
(CLINICAL RISK MANAGER)





# *Attestato di partecipazione*

*rilasciato al Dott.*

## ANDREA CARRATÙ

*Nato a Roma il 29.08.1965*

PER AVER FREQUENTATO L'EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

### **«CORSO DI FORMAZIONE PER FORMATORI E OSSERVATORI SULLA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI FRA GLI OPERATORI SANITARI»**

**ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021**

**svoltosi a Roma presso la Casa di Cura «AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore»**

**in data 29.04.2022 e 02.05.2022.**

Roma, 2 maggio 2022

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO DELL'EVENTO FORMATIVO

DR. ENRICO ROSATI  
*Enrico Rosati*  
(CLINICAL RISK MANAGER)





# *Attestato di partecipazione*

*rilasciato al Dott.*

## **GENEROSO NAPPA**

*Nato a Caserta il 24.12.1970*

PER AVER FREQUENTATO L'EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

### **«CORSO DI FORMAZIONE PER FORMATORI E OSSERVATORI SULLA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI FRA GLI OPERATORI SANITARI»**

**ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021**

**svoltosi a Roma presso la Casa di Cura «AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore»**

**in data 29.04.2022 e 02.05.2022.**

Roma, 2 maggio 2022

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO DELL'EVENTO FORMATIVO

**DR. ENRICO ROSATI**  
*Enrico Rosati*  
(CLINICAL RISK MANAGER)





# *Attestato di partecipazione*

*rilasciato alla Dott.ssa*

# FEDERICA GIAMBELARDINI

*Nata a Roma il 02.02.1984*

PER AVER FREQUENTATO L'EVENTO FORMATIVO DAL TITOLO:

**«CORSO DI FORMAZIONE PER FORMATORI E OSSERVATORI  
SULLA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI  
FRA GLI OPERATORI SANITARI»**

**ai sensi della Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021**

**svoltosi a Roma presso la Casa di Cura «AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore»**

**in data 29.04.2022 e 02.05.2022.**

Roma, 2 maggio 2022

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO DELL'EVENTO FORMATIVO

DR. ENRICO ROSATI  
*Enrico Rosati*  
(CLINICAL RISK MANAGER)

# IGIENE DELLE MANI: QUANDO, COME E PERCHÈ?

## Perché?

## Allegato n. 3

- In tutto il mondo migliaia di persone muoiono ogni giorno per infezioni acquisite durante l'assistenza sanitaria.
- Le mani sono la principale via di trasmissione di germi durante le procedure assistenziali.
- L'igiene delle mani è la misura più importante per evitare la trasmissione di germi patogeni e per prevenire le infezioni correlate a pratiche assistenziali.
- Questa brochure spiega come e quando effettuare l'igiene delle mani.

## Chi?

L'igiene delle mani riguarda qualsiasi operatore sanitario, caregiver o persona coinvolta nella cura del paziente.

## Come?

- Effettua l'igiene delle mani mediante la **frizione con una soluzione a base alcolica**, se disponibile. Questo metodo è più veloce, più efficace e meglio tollerato dalle mani.
- **Lava le tue mani con acqua e sapone** soltanto quando sono visibilmente sporche e se non è disponibile un prodotto a base alcolica.

### Come **frizionare** le mani ?

**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!**  
**LAVALA CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**

Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



### Come **lavarsi** le mani?

**LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!**

Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**





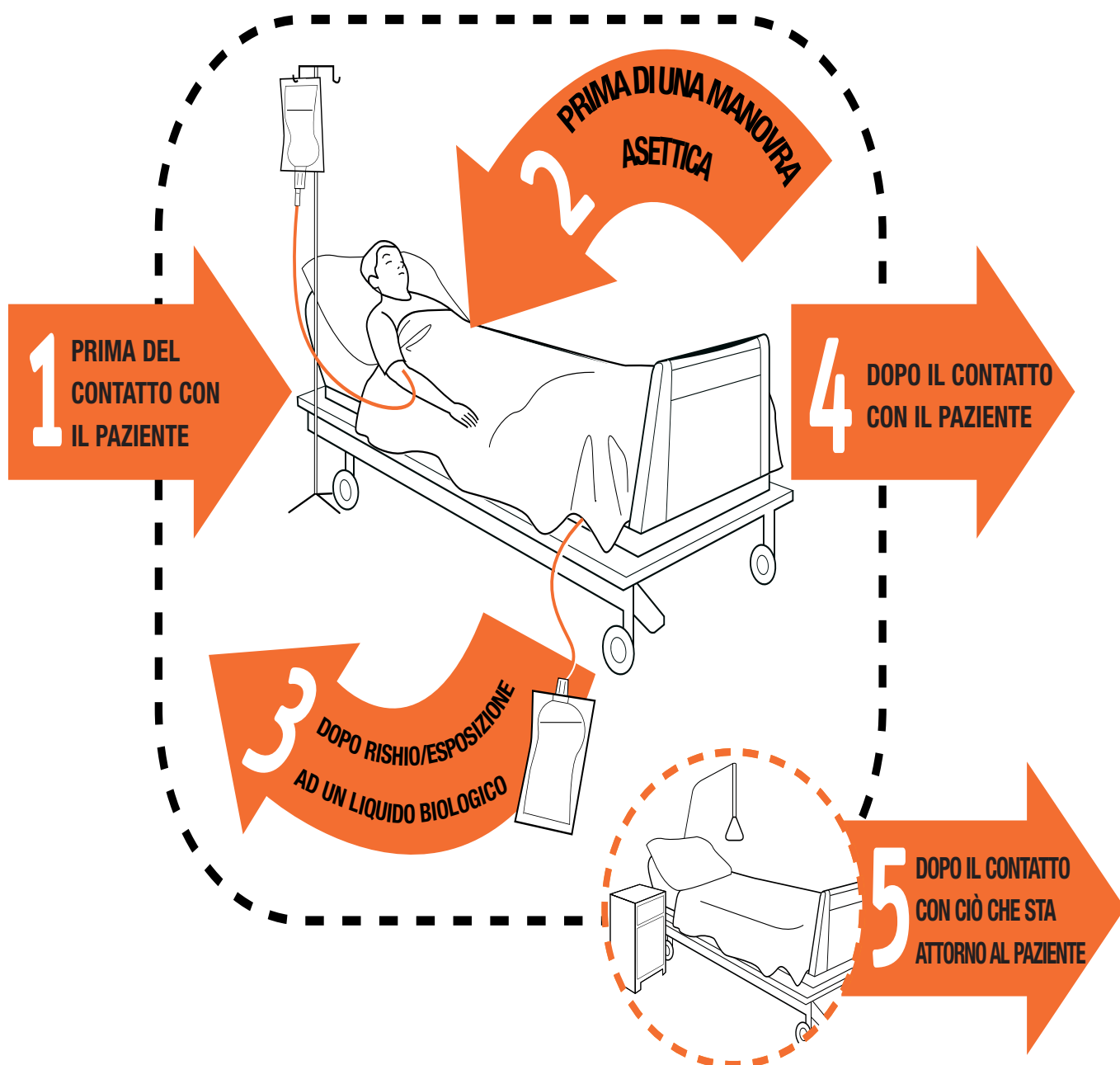
## Ricorda

- Non usare unghie artificiali nelle attività a diretto contatto con il paziente.
- Mantieni le unghie corte.

## Cura delle mani

- Prenditi cura delle tue mani usando regolarmente una crema o una lozione protettiva, almeno una volta al giorno.
- Non lavare di routine le mani con acqua e sapone immediatamente prima o dopo l'utilizzo di un prodotto a base alcolica.
- Non usare acqua calda per risciacquare le mani.
- Dopo aver frizionato le mani con un prodotto a base alcolica o dopo il lavaggio con acqua e sapone, lascia asciugare completamente le mani prima di indossare i guanti.

# QUANDO? I 5 momenti per l'igiene delle tue mani\*

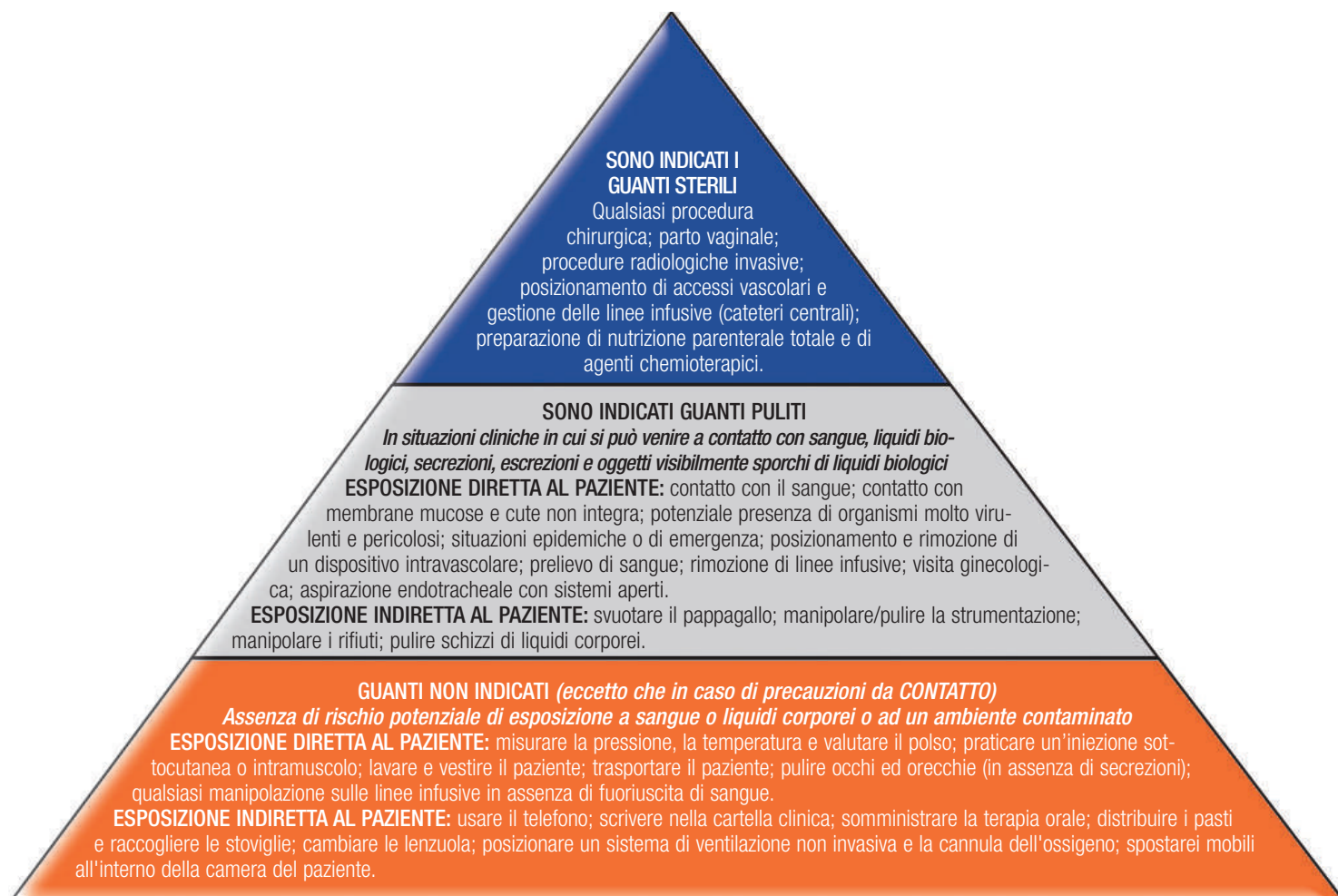


\*L'igiene delle mani dev'essere praticata in tutte le occasioni indicate di seguito, indipendentemente dal fatto che vengano usati o meno i guanti.

<b>1</b> PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente, mentre ti avvicini.*</p> <p><b>PERCHÈ?</b> Per proteggere i pazienti nei confronti di germi potenzialmente patogeni presenti sulle tue mani.</p>
<p><b>ESEMPI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestì di cortesia e conforto: stringere la mano, afferrare per il braccio</li> <li>• Contatto fisico diretto: aiutare un paziente a camminare, a lavarsi, eseguire un massaggio</li> <li>• Visita clinica: valutare il polso, misurare la pressione, auscultare il torace, palpare l'addome</li> </ul>	
<b>2</b> PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica.*</p> <p><b>PERCHÈ?</b> Per proteggere i pazienti nei confronti di germi potenzialmente patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.</p>
<p><b>ESEMPI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contatto con membrane mucose: igiene orale/dentale, somministrazione di collirio, aspirazione di secrezioni</li> <li>• Contatto con cute non integra: igiene delle lesioni cutanee, medicazione delle ferite, iniezione sottocutanea</li> <li>• Contatto con presidi medici: inserimento di catetere, apertura di un accesso vascolare o di un sistema di drenaggio</li> <li>• Preparazione di cibo, medicazioni, set di bendaggio</li> </ul>	
<b>3</b> DOPO UN'ESPOSIZIONE A RISCHIO AD UN LIQUIDO CORPOREO	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido corporeo (e dopo aver rimosso i guanti).*</p> <p><b>PERCHÈ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi potenzialmente patogeni.</p>
<p><b>ESEMPI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contatto con membrane mucose e con cute non integra, come specificato nell'indicazione "prima di una manovra asettica"</li> <li>• Contatto con presidi medici o con campioni clinici: prelievo e manipolazione di qualsiasi campione fluido, apertura di un sistema di drenaggio, inserzione e rimozione di un tubo endotracheale</li> <li>• Eliminazione di urine, feci e vomito</li> <li>• Manipolazione di rifiuti (bendaggi, pannolini, padelle), pulizia di materiali o aree contaminate o visibilmente sporche (sanitari, strumentazione medica)</li> </ul>	
<b>4</b> DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o le superfici nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza.*</p> <p><b>PERCHÈ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi potenzialmente patogeni.</p>
<p><b>ESEMPI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestì di cortesia e conforto: stringere la mano, afferrare per il braccio</li> <li>• Contatto fisico diretto: aiutare un paziente a camminare, a lavarsi, eseguire un massaggio</li> <li>• Visita clinica: valutare il polso, misurare la pressione, auscultare il torace, palpare l'addome</li> </ul>	
<b>5</b> DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente - anche in assenza di un contatto diretto con il paziente.*</p> <p><b>PERCHÈ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi potenzialmente patogeni.</p>
<p><b>ESEMPI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiare le lenzuola, modificare la velocità di infusione, regolare l'allarme di un monitor, regolare una sponda del letto, pulire il comodino</li> </ul>	

# IGIENE DELLE MANI E USO DEI GUANTI

- L'uso dei guanti non è sostitutivo rispetto all'igiene delle mani
- Se quando indossi i guanti, si presenta l'indicazione ad effettuare l'igiene delle mani, togli i guanti ed effettua l'igiene delle mani
- Elimina i guanti dopo ciascuna manovra ed effettua l'igiene delle mani - i guanti potrebbero trasportare germi
- Indossa i guanti solo quando indicato (vedi gli esempi nella piramide in basso) - altrimenti diventano uno dei maggiori fattori di rischio per la trasmissione



I guanti devono essere indossati in accordo con le precauzioni STANDARD e DA CONTATTO. La piramide specifica alcuni esempi di situazioni cliniche in cui i guanti non sono indicati, ed altre in cui sono indicati i guanti monouso o i guanti sterili. L'igiene delle mani dovrebbe essere praticata quando appropriata, indipendentemente dalle indicazioni precedenti all'uso dei guanti.

## Dizionario

**Prodotto a base alcolica:** una preparazione contenente alcol (liquido, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di eliminare i germi.

**Manovra asettica:** manovra durante la quale non deve avvenire alcuna trasmissione di germi.

**Liquidi corporei:** sangue; escrezioni come urine, feci, vomito; secrezioni come saliva, lacrime, sperma, latte, muco; essudati e trasudati come il liquido linfatico, liquido cefalorachidiano, ascite (eccetto il sudore).

**Cura delle mani:** misure per prevenire l'irritazione della cute.

**Igiene delle mani:** qualsiasi azione di pulizia delle mani (generalmente eseguita mediante frizione con un prodotto a base alcolica o mediante lavaggio con acqua e sapone).

**Frizione delle mani:** trattamento delle mani con un prodotto antisettico (preparazione contenente alcol).

**Lavaggio delle mani:** lavare le mani con un sapone detergente o un antisettico e acqua.

**Indicazione:** momento assistenziale in cui deve essere effettuata l'igiene delle mani per prevenire la trasmissione di germi potenzialmente patogeni e/o l'infezione.

Sono state utilizzate tutte le precauzioni dall'OMS per verificare il contenuto di questo documento.

Comunque, il materiale pubblicato viene distribuito senza alcuna garanzia esplicita o implicita. Il lettore si assume la responsabilità per l'interpretazione e l'uso di questo materiale.

In nessuna circostanza l'OMS dovrà essere ritenuta responsabile per i danni causati da un uso improprio.





REGIONE  
LAZIO

1	DATA DI COMPILAZIONE (GG/MM/AAAA)		___ / ___ / ____					
2	STRUTTURA		CdC AUXOLOGICO ROMA - BUON PASTORE					
3	REPARTO/AMBULATORIO							
4	SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	5	ETÀ (NN)	___	6	ANZIANITÀ LAVORATIVA (NN)	___
7	QUALIFICA		<div><input type="checkbox"/> Infermiera/e</div> <div><input type="checkbox"/> Ostetrica/o</div> <div><input type="checkbox"/> Medico</div> <div><input type="checkbox"/> Studente medicina</div> <div><input type="checkbox"/> Terapista della Riabilitazione</div> <div><input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____</div> <div><input type="checkbox"/> Operatore socio-sanitario</div> <div><input type="checkbox"/> Studente scienze infermieristiche/ostetriche</div> <div><input type="checkbox"/> Specialista in formazione</div> <div><input type="checkbox"/> Personale ausiliario</div>					
8	AREA ASSISTENZIALE		<div><input type="checkbox"/> RSA, B</div> <div><input type="checkbox"/> RSA, C</div> <div><input type="checkbox"/> NARI</div> <div><input type="checkbox"/> Riabilitazione intensiva</div> <div><input type="checkbox"/> Lungodegenza medica</div>					
9	NEGLI ULTIMI TRE ANNI SEI STATO FORMATO SULL'IGIENE DELLE MANI?					<div><input type="checkbox"/> Sì</div> <div><input type="checkbox"/> NO</div>		
10	USI REGOLARMENTE SOLUZIONI A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?					<div><input type="checkbox"/> Sì</div> <div><input type="checkbox"/> NO</div>		
11	QUALE, FRA QUELLE ELENcate, È LA PRINCIPALE VIA DI TRASMISSIONE FRA I PAZIENTI DI MICRORGANISMI POTENZIALMENTE PERICOLOSI? (barrare una sola risposta)				a) <input type="checkbox"/> le mani degli operatori quando non sono pulite b) <input type="checkbox"/> l'aria che circola nell'ambiente c) <input type="checkbox"/> l'esposizione del paziente a superfici contaminate (a es.: letti, sedie, tavoli, pavimento) d) <input type="checkbox"/> la condivisione di strumenti non invasivi fra diversi pazienti (a es.: stetoscopi, sfigmomanometri, ecc.)			
12	QUAL È LA SORGENTE PIÙ FREQUENTE DI MICRORGANISMI RESPONSABILI DI ICA? (barrare una sola risposta)				a) <input type="checkbox"/> l'acqua utilizzata nella struttura b) <input type="checkbox"/> l'aria circolante nell'ambiente c) <input type="checkbox"/> i microrganismi già presenti sulla cute o all'interno del paziente d) <input type="checkbox"/> l'ambiente ospedaliero (superfici)			
13	IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI AL PAZIENTE?				a) <input type="checkbox"/> prima di toccare il paziente b) <input type="checkbox"/> subito dopo l'esposizione a liquidi biologici c) <input type="checkbox"/> dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente d) <input type="checkbox"/> subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica			

14	<b>IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI ALL'OPERATORE SANITARIO?</b>	a) <input type="checkbox"/> dopo aver toccato il paziente b) <input type="checkbox"/> subito dopo l'esposizione a liquidi biologici c) <input type="checkbox"/> subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica d) <input type="checkbox"/> dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente
15	<b>QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI RELATIVE ALLA FRIZIONE CON SOLUZIONI A BASE DI ALCOL E AL LAVAGGIO DELLE MANI CON ACQUA E SAPONE È CORRETTA?</b>	a) la frizione è più rapida del lavaggio <input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO b) la frizione causa irritazione cutanea più frequentemente rispetto al lavaggio <input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO c) la frizione è più efficace contro i microrganismi rispetto al lavaggio <input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO d) lavaggio e frizione devono essere praticati in sequenza <input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO
16	<b>QUAL È IL TEMPO MINIMO PERCHÉ LA FRIZIONE CON SOLUZIONI A BASE DI ALCOL SIA EFFICACE CONTRO I MICRORGANISMI?</b> (barrare una sola risposta)	a) <input type="checkbox"/> 20 SECONDI b) <input type="checkbox"/> 3 SECONDI c) <input type="checkbox"/> 1 MINUTO d) <input type="checkbox"/> 10 SECONDI
17	<b>QUAL È IL METODO PER L'IGIENE DELLE MANI PIÙ ADATTO NELLE SEGUENTI SITUAZIONI?</b>	a) Prima della palpazione dell'addome <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno b) Prima di praticare una iniezione <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno c) Dopo aver svuotato una padella <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno d) Dopo aver rimosso i guanti monouso <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno e) Dopo aver rifatto il letto del paziente <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno f) Dopo contaminazione visibile con sangue <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno
18	<b>QUALE CONDIZIONE/COMPORTAMENTO AUMENTA LA PROBABILITÀ DI COLONIZZAZIONE DELLA CUTE DELLE MANI CON MICRORGANISMI PERICOLOSI?</b>	a) Indossare gioielli <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO e) Cute danneggiata <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO f) Indossare unghie artificiali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO g) Uso regolare di creme idratanti <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO

**Grazie per il suo tempo!**

5 MAGGIO 2022

## GIORNATA MONDIALE DELL'IGIENE DELLE MANI

Il lavaggio delle mani e la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza a un anno dall'adozione del Piano di Intervento regionale del Lazio



Confermare la propria partecipazione a [comunicazionesanita@regione.lazio.it](mailto:comunicazionesanita@regione.lazio.it) per consentire alla segreteria organizzativa di preparare il passi per l'ingresso

**5 maggio 2022** - ore 9.30-13.30 - Sala Tirreno - **Regione Lazio**

Dal 2005, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) promuove, per il 5 maggio, la Giornata mondiale per il lavaggio delle mani per ricordare l'importanza di questa pratica nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

L'emergenza pandemica ha evidenziato quanto sia importante una corretta igiene delle mani per evitare il contagio da SARS-CoV-2 e ridurre la trasmissione, non solo all'interno delle strutture clinico-assistenziali, ma anche in ambito sociale, lavorativo e scolastico. Nel 2021 la Regione Lazio ha approvato il Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani che, adottando la strategia multimodale dell'OMS, prevede che tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private del SSR elaborino un piano di azione locale con l'obiettivo di raggiungere entro il 31 dicembre 2023 almeno il livello INTERMEDIO nel grado di implementazione delle misure previste all'interno del Piano regionale.

L'obiettivo di questo convegno è di focalizzare l'attenzione sull'impatto che il Piano regionale ha avuto sulle strutture pubbliche e private del SSR sia in termini di miglioramento della compliance degli operatori alla corretta pratica dell'igiene delle mani, sia in termini di incidenza delle ICA, con l'obiettivo di monitorare l'implementazione del Piano e di individuare eventuali punti di attenzione, nonché azioni regionali utili a sostenerne l'efficacia.

**UNITE  
FOR SAFETY  
CLEAN  
— YOUR —  
HANDS**

## PROGRAMMA

*ore 9.30*

- **Saluti** - Alessio D'Amato  
Assessore Sanità e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio
- **Introduzione ai lavori** - Massimo Annicchiarico  
Direttore Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, Regione Lazio
- **Dalla parte del Cittadino** - Elio Rosati  
Cittadinanzattiva
- **Lo stato dell'arte** - Giuseppe Sabatelli  
Centro Regionale Rischio Clinico - Lazio

*ore 10.00*

### **Presentazione delle attività e buone pratiche delle Strutture del SSR**

1. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
2. Policlinico Umberto I
3. AO San Giovanni Addolorata
4. Policlinico Campus Biomedico
5. ASL Rieti.

*ore 11.30 pausa*

*ore 12.00*

6. Casa di Cura Nuova Itor
7. ASL Latina
8. Istituto Vaccari
9. ASL Viterbo
10. AO San Camillo Forlanini

*ore 13.30 conclusioni*



CASA DI CURA

AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore

Roma, 31 maggio 2022

PROT. N. 45/DS/2022

TRASMESSA PER MEZZO POSTA ELETTRONICA

PUBBLICATA SULLA PIATTAFORMA INTRANET AUXOROMA.NET

S.G.Q., RISCHIO CLINICO E PRIVACY → CC-ICA

*Alla cortese attenzione*

**TUTTI I RESPONSABILI E I DIRIGENTI MEDICI**

**TUTTI I COORDINATORI INFERMIERISTICI**

**TUTTI I COORDINATORI DEL PERSONALE TECNICO-SANITARIO  
DI RIABILITAZIONE**

Dr. <sup>ssa</sup> Serafina **TROPEA**

RESPONSABILE SERVIZI GENERALI

*Per conoscenza*

Dr. Pierbiagio **CUOMO**

DIREZIONE AMMINISTRATIVA

**OGGETTO:** *Trasmissione Verbale della 2<sup>a</sup> seduta del Comitato di Controllo del rischio sanitario, del S.G.Q. e dell'Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) del 31.05.2022.*

Si trasmette, in allegato, il Verbale della 2<sup>a</sup> seduta del CC-ICA del 31.05.2022, costituito da pagine 61 (sessantuno), compresi gli allegati ed esclusa la presente.

Il verbale è disponibile anche sulla piattaforma *intranet* aziendale al seguente percorso: S.G.Q, RISCHIO CLINICO E PRIVACY → CC-ICA.

Cordiali saluti

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Enrico Rosati  
**ENRICO ROSATI**

31.05.2022  
16:48:56  
GMT+00:00





CASA DI CURA

AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore

ALLEGATO n. 1 alla NOTA prot. n. 45/DS del 31.05.2022

**VERBALE DELLA SEDUTA DEL 31.05.2022 DEL COMITATO CLINICO DI CONTROLLO  
DELLA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO, DEL S.G.Q. e DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA  
(CC-ICA)**

Pag. | 1

Addì martedì **31 maggio 2022, alle ore 12.00**, presso la Sala Polivalente della Casa di Cura, si è regolarmente riunito il *Comitato clinico di Controllo per la gestione del rischio sanitario, del S.G.Q. e delle Infezioni Correlate all'Assistenza* (CC-ICA), in occasione della **2ª seduta annuale**. Sono presenti:

- Dr.<sup>ssa</sup> Anna Giuseppina Corvaglia (Responsabile medico U.O. di RSA);
- Dr.<sup>ssa</sup> Giorgia Leone (Responsabile medico del NARI);
- Dr.<sup>ssa</sup> Irene Massari (Responsabile medico U.O. di *Recupero funzionale e Riabilitazione*);
- Dr.<sup>ssa</sup> Raffaella Rossi (Responsabile medico U.O. di *Lungodegenza medica*);
- Dr.<sup>ssa</sup> Valentina Giovinazzo (Dirigente medico U.O. di *Lungodegenza medica*);
- Dr.<sup>ssa</sup> Cinzia Belluzzi (C.I. U.O. di *Lungodegenza medica*);
- Dr. Daniele Lupino (C.I. del NARI – C.I. f.f. U.O. di RSA, ed. B);
- Dr.<sup>ssa</sup> Eugenia Natale (Ref. Inf. NARI);
- Dr.<sup>ssa</sup> Giuliana Martella (Coordinatore del personale tecnico-sanitario di Riabilitazione);
- Dr.<sup>ssa</sup> Serafina Tropea (Responsabile dell'Ufficio *Servizi Generali*);
- Dr. Enrico Rosati (direttore sanitario, CRM).

In ossequio alla vigente normativa, *in primis* Circolare Ministeriale n. 52/1985 "Lotta contro le infezioni ospedaliere" e Circolare Ministeriale n. 8/1988 "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza", nonché, DCA n. U00328 del 04.11.2016 e ss. mm. e ii., DCA n. U00309 del 06.07.2015 e ss. mm. e ii., DCA n. U00469 del 07.11.2017 (Accreditamento istituzionale) e Legge 8 marzo 2017, n. 24, è stata regolarmente convocata dalla Direzione, giusta Nota prot. n. 44/DS del 24.05.2022, il *Comitato clinico di Controllo per la gestione del rischio sanitario, del S.G.Q. e delle Infezioni Correlate all'Assistenza* (CC-ICA) per discutere sui seguenti argomenti all'ordine del giorno:

1. Approvazione del documento S.G.Q. "Protocolli sanitari standard e sicurezza delle cure" (CDC\_PRT\_pss) e proposta di pubblicazione di un *pocket handbook* per tutti gli operatori sanitari della Casa di Cura e della RSA.
2. Approvazione del documento S.G.Q. "Procedura per la contenzione fisica dei pazienti della Casa di Cura e degli ospiti della RSA" (CDC\_PRO\_con).
3. Approvazione del documento S.G.Q. "Prevenzione degli effetti delle ondate di calore" (CDC\_ISO\_ond).
4. Piano di azione locale sull'igiene delle mani 2022: analisi dei risultati del questionario sull'igiene delle mani per la valutazione degli operatori sanitari e individuazione dei "Leader dell'igiene delle mani" ("*gamification*") di cui al punto 3 della Nota prot. n. 40/DS del 04.05.2022.
5. Proposta di un corso di formazione base sulla gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure comprendente un *focus* sulla pratica dell'igiene delle mani, secondo la metodologia dell'OMS «*5 moments for hand hygiene*», in armonia con il DCA n. 469/2017 e il PFA 2022.
6. *Antimicrobial Stewardship*: Protocollo del Sistema nazionale di sorveglianza sentinella dell'antibiotico-resistenza (ultimo aggiornamento: marzo 2022), a cura dell'Istituto Superiore di Sanità.
7. Consegna delle schede di monitoraggio degli indicatori sulla qualità clinico/assistenziale e organizzativa e delle riunioni periodiche ordinarie delle UU.OO.
8. Varie ed eventuali.

**Punto 1.** Con l'ausilio del maxi schermo, il *Clinical Risk Manager* (CRM) illustra il razionale e i contenuti del documento S.G.Q. "Protocolli sanitari standard & sicurezza delle cure" (CDC\_PRT\_pss) che consta di **n. 38 protocolli** inerenti le più frequenti manovre sanitarie (invasive e non) che, quotidianamente, vengono effettuate nell'ambito delle attività di assistenza e cura della Casa di Cura e della RSA. Si tratta della prima emissione: tra gli obiettivi prioritari si evidenzia quello di predisporre, nel breve periodo, una revisione integrale del documento attraverso le segnalazioni/indicazioni di tutti gli operatori sanitari, affinché si rendano i contenuti quanto più aderenti alle reali modalità con cui vengono eseguite dette pratiche nella Struttura, anche in termini di tipologia di materiali e presidi effettivamente presenti nelle diverse UU.OO.

CASA DI CURA ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

**AUXOLOGICO ROMA - Buon Pastore**

Recupero e Riabilitazione funzionale (cod. 56) • Lungodegenza medica (cod. 60) • Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) • Nucleo di Assistenza Residenziale Intensiva  
Via di Valledlunga, 8 – 00166 Roma • Centralino tel. 06. 61 52 19 65 r.a. - fax 06. 61 52 19 71  
Auxologico Roma S.r.l. Società Benefit • Codice fiscale/partita IVA 15939381008





CASA DI CURA

AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore

Pag. | 2

Una volta conclusa la revisione, si propone sin da ora la realizzazione di un *pocket handbook* (per esempio, 16 cm x 12 cm) da consegnare a tutti gli operatori sanitari, compresi i neoassunti, della Casa di Cura e della RSA.

Il CC-ICA approva la prima emissione ed esprime parere favorevole al progetto del compendio tascabile, suggerendo di integrare lo stesso anche con l'elenco aggiornato dei documenti S.G.Q. disponibili sulla piattaforma intranet aziendale, nonché, di ulteriori informazioni utili per le quali l'agevole fruibilità in corsia potrebbe rappresentare un ausilio funzionale al miglioramento dell'assistenza e della sicurezza delle cure.

**Punto 2.** In sintonia con gli obiettivi del PARS 2022, la Dr.<sup>ssa</sup> Corvaglia ha predisposto, a conclusione di uno specifico *audit*, la “Procedura per la contenzione fisica dei pazienti della Casa di Cura e degli ospiti della RSA” (CDC\_PRO\_con), comprensiva dei seguenti n. 5 allegati:

- Definizioni, riferimenti normativi e documentali.
- Consenso informato alla limitazione del paziente dei movimenti volontari potenzialmente a rischio e a tutela della persona (ex art. 13 e 14 Reg. UE n. 679/2016).
- Scheda di prescrizione medica della contenzione fisica.
- Scheda di osservazione e monitoraggio dei parametri.
- Registro dei pazienti/ospiti sottoposti a contenzione fisica nel piano di degenza. Segue discussione in merito alla definizione di “caso” da sottoporre a monitoraggio e sulla necessità o meno di adottare il Registro di piano dei pazienti/ospiti sottoposti a contenzione. Il Comitato, dopo lettura collegiale e attenta valutazione, approva la bozza finale del documento, lasciando libertà ai Responsabili medici di applicare la procedura secondo le logiche e le esigenze specifiche in virtù della specifica tipologia di *case-mix* della propria U.O.

**Punto 3.** Il CC-ICA approva il documento S.G.Q. “Prevenzione degli effetti delle ondate di calore” (CDC\_ISO\_ond), così come redatto dal CRM. Le procedure di cui ai punti 1, 2 e 3 saranno adottate dall'organizzazione con apposito e successivo provvedimento.

**Punto 4.** Piano di azione locale sull'igiene delle mani 2022. Il CRM, coerentemente con quanto stabilito al punto 3 della Nota prot. n. 40/DS del 04.05.2022, illustra l'analisi dei risultati del questionario sull'igiene delle mani per la valutazione degli operatori sanitari somministrato nel corrente mese, che si allega al presente verbale (**allegato n. 1**, di pagine 35), al termine della quale si identifica il Gruppo “Leader dell'igiene delle mani”, a cui si conferisce come premio una spilla realizzata *ad hoc*, in ragione del maggior punteggio conseguito (esiti risposte questionario, adesione e valutazione delle immagini selezionate impostate come *screensaver* e *desktop* sulle postazioni PC delle UU.OO. da impiegare come “reminder”), attraverso un approccio di “*gamification*” (ludicizzazione delle ordinarie attività), in armonia con la strategia multimodale promossa dall'OMS. Tutto ciò con lo scopo di ottenere il massimo grado di sensibilizzazione possibile degli operatori sanitari e socio-sanitari nei confronti di una tematica la cui rilevanza, nella prassi quotidiana di assistenza e cura, riveste un'importanza fondamentale sotto ogni profilo (personale premiato: Giorgia Leone, Daniele Lupino; Eugenia Natale, Letizia Castelli, Nataliya Danko, Marco Falaschi, Barbara Panci, Silvia Paoletti, Silvia Sipione, Annarita De Simoni, Antonella Falcone, Carla Frau, Krystyna Kozłowska, Roberta Quarta, Silvia Raffi, Paolo Varvara Casella e Pamela Nerona).

**Punto 5.** La Dr.<sup>ssa</sup> Corvaglia, Referente dell'*Antimicrobial stewardship*, consegna a tutti i presenti copia del Protocollo nazionale aggiornato sulla Sorveglianza dell'Antibiotico-Resistenza nazionale coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (**allegato n. 2**, di pag. 23), con l'obiettivo di sensibilizzare tutti i presenti sul tema dell'antibiotico-resistenza, argomento di estrema attualità per il rilevante impatto negativo che può determinare un utilizzo improprio degli antibiotici.

Segue discussione.

**Punto 6.** Il CRM propone lo svolgimento, entro la fine di giugno, di un corso di formazione base sulla gestione del rischio clinico e la sicurezza delle cure, comprendente uno specifico *focus* sulla pratica dell'igiene delle mani, secondo la metodologia dell'OMS «5 moments for hand hygiene», in armonia con il DCA n. 469/2017 e il PFA 2022; il corso vedrà il supporto dei Coordinatori del progetto sull'igiene delle mani. L'evento rappresenterebbe così il secondo *step* di un percorso formativo che ha già visto nel mese corrente la formazione di n. 8 “Formatori e osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani fra gli operatori sanitari”, in linea con quanto stabilito dalla Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26.02.2021.

**Punto 7.** Di comune accordo, il CC-ICA stabilisce che il termine ultimo per la consegna alla direzione sanitaria delle schede di monitoraggio degli indicatori sulla qualità clinico/assistenziale e organizzativa e delle riunioni periodiche ordinarie delle UU.OO., è fissata per il 15.06.2022.

Alle ore 13.50 la Seduta si dichiara conclusa.

CASA DI CURA ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

AUXOLOGICO ROMA - Buon Pastore

Recupero e Riabilitazione funzionale (cod. 56) • Lungodegenza medica (cod. 60) • Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) • Nucleo di Assistenza Residenziale Intensiva

Via di Vallelunga, 8 – 00166 Roma • Centralino tel. 06. 61 52 19 65 r.a. - fax 06. 61 52 19 71

Auxologico Roma S.r.l. Società Benefit • Codice fiscale/partita IVA 15939381008



CASA DI CURA

AUXOLOGICO ROMA – Buon Pastore

Roma, 31 maggio 2022

L. C. S.

Pag. | 3

COGNOME E NOME	QUALIFICA	FIRMA
Dr. <sup>ssa</sup> Anna Giuseppina Corvaglia	Responsabile medico RSA	
Dr. <sup>ssa</sup> Giorgia Leone	Responsabile medico NARI	
Dr. <sup>ssa</sup> Irene Massari	Responsabile medico U.O. di Recupero funzionale e Riabilitazione	
Dr. <sup>ssa</sup> Raffaella Rossi	Responsabile medico U.O. di Lungodegenza medica	
Dr. Andrea Carratù	C.I. U.O. di Recupero funzionale e Riabilitazione	NON SI PRESENTA
Dr. <sup>ssa</sup> Cinzia Belluzzi	C.I. U.O. di Lungodegenza medica	
<del>Dr.<sup>ssa</sup> Eliana Del Pilar Mucha</del>	<del>Ref. Inf. RSA, ed. C</del>	
Dr. Daniele Lupino	C.I. NARI C.I. f.f. RSA, ed. B	
Dr. <sup>ssa</sup> Eugenia Natale	Ref. Inf. NARI	
Dr. <sup>ssa</sup> Serafina Tropea	Responsabile Ufficio Servizi Generali	
Dr. Enrico Rosati	Direttore sanitario, CRM	
Giuliana Mariella	COORDINATORE TECNICI RIAB	
GIOMMARZO VALENTINA	MEMO LA	

CASA DI CURA ACCREDITATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

AUXOLOGICO ROMA - Buon Pastore

Recupero e Riabilitazione funzionale (cod. 56) • Lungodegenza medica (cod. 60) • Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) • Nucleo di Assistenza Residenziale Intensiva

Via di Vallelunga, 8 – 00166 Roma • Centralino tel. 06. 61 52 19 65 r.a. - fax 06. 61 52 19 71

Auxologico Roma S.r.l. Società Benefit • Codice fiscale/partita IVA 15939381008



World Health  
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

ALLEGATO n. 1

# Presentazione dei report di analisi dei dati

## Questionario sull'igiene delle mani per operatori sanitari

**Casa di Cura RSA**  
**«Auxologico Roma – Buon Pastore»**



Maggio 2022



REGIONE  
LAZIO



World Health  
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

**SAVE LIVES**

Clean Your Hands

# Risultati del *Questionario per gli operatori sanitari*

**Casa di Cura - RSA “Auxologico Roma – Buon Pastore”**

**Maggio 2022**



REGIONE  
LAZIO

# Caratteristiche generali dei partecipanti

- Numero totale di partecipanti: 127 su 162 (78,4%)
- Sesso:
  - Femmine: 73,3 %*
  - Maschi: 26,7 %*
- Età:
  - 43,2 aa.*

## D7. Qualifica

Qualifica	Numero (% partecipanti)
Infermiera/e	50 (39,4%)
OSS	38 (29,9%)
Personale tecnico sanitario della Riabilitazione	20 (15,7%)
Medico	10 (7,9%)
Altro (non indicato)	9 (6,3%)



## D8. Area Assistenziale

Area Assistenziale (partecipanti)	Numero (%)
U.O. Recupero e Riabilitazione funzionale	15 (11,8%)
U.O. Lungodegenza medica	25 (19,7%)
RSA, ed. B	21 (16,5%)
RSA, ed. C	22 (17,3%)
RSA intensiva (NARI)	17 (13,4%)
Servizio di Riabilitazione	27 (21,3%)

## D9-10. Formazione sull'igiene delle mani e disponibilità di soluzione alcolica

- Formazione sull'igiene delle mani: 93,7%
- Usi regolarmente soluzioni a base alcolica per l'igiene delle mani?: 98,4%

## D11. Quale, fra quelle elencate, è la principale via di trasmissione fra i pazienti di microrganismi potenzialmente pericolosi?

- **Le mani degli operatori quando non sono pulite: 87,4%**
- L'aria che circola nell'ambiente
- L'esposizione del paziente a superfici contaminate: numero
- La condivisione di strumenti non invasivi fra diversi pazienti

## D12. Qual è la sorgente più frequente di microrganismi responsabili di ICA?

- L'acqua utilizzata nella struttura
- L'aria circolante nell'ambiente:
- **I microrganismi già presenti sulla cute o all'interno del paziente: 52,8%**
- L'ambiente ospedaliero (superfici)

## D13. In quale dei seguenti momenti l'igiene delle mani previene la trasmissione di microrganismi al paziente?

Azione	Sì	No
Prima di toccare il paziente	95,3%	(%)
Subito dopo l'esposizione a liquidi biologici	(%)	86,6%
Subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica	52,8%	(%)
Dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente	(%)	52,8%

## **D14. In quale dei seguenti momenti l'igiene delle mani previene la trasmissione di microrganismi all'operatore sanitario?**

Azione	Sì	No
Dopo aver toccato il paziente	<b>81,9%</b>	(%)
Subito dopo l'esposizione a liquidi biologici	<b>56,7%</b>	(%)
Subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica	(%)	<b>79,5%</b>
Dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente	<b>46,5%</b>	(%)



# D15. Quale delle seguenti affermazioni relative alla frizione con soluzioni alcoliche e al lavaggio con acqua e sapone è corretta?

Affermazione	Vero	Falso
La frizione è più rapida del lavaggio	84,3%	(%)
La frizione causa irritazione cutanea più frequentemente rispetto al lavaggio	(%)	73,2%
La frizione è più efficace contro i microrganismi rispetto al lavaggio	63,8%	(%)
Lavaggio e frizione devono essere praticati in sequenza	(%)	85,8%

## D16. Qual è il tempo minimo perché la frizione con soluzione alcolica sia efficace contro i microrganismi?

- **20 secondi: 95,3%**
- 3 secondi
- 1 minuto
- 10 secondi

## D17. Qual è il metodo per l'igiene delle mani più adatto nelle seguenti situazioni?

Situazione	Frizione	Lavaggio	Nessuno
Prima della palpazione dell'addome	<b>78,0%</b>	(%)	(%)
Prima di praticare una iniezione	<b>80,3%</b>	(%)	(%)
Dopo aver svuotato una padella	<b>48,0%</b>	(%)	(%)
Dopo aver rimosso i guanti monouso	<b>69,3%</b>	(%)	(%)
Dopo aver rifatto il letto del paziente	<b>82,7%</b>	(%)	(%)
Dopo contaminazione visibile con sangue	(%)	<b>82,7%</b>	(%)

## D18. Quale condizione/comportamento aumenta la probabilità di colonizzazione della cute delle mani con microrganismi pericolosi?

Condizione/Comportamento	Sì	No
Indossare gioielli	96,8%	(%)
Cute danneggiata	92,8%	(%)
Indossare unghie artificiali	96,8%	(%)
Uso regolare di creme idratanti	(%)	96,1%

# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

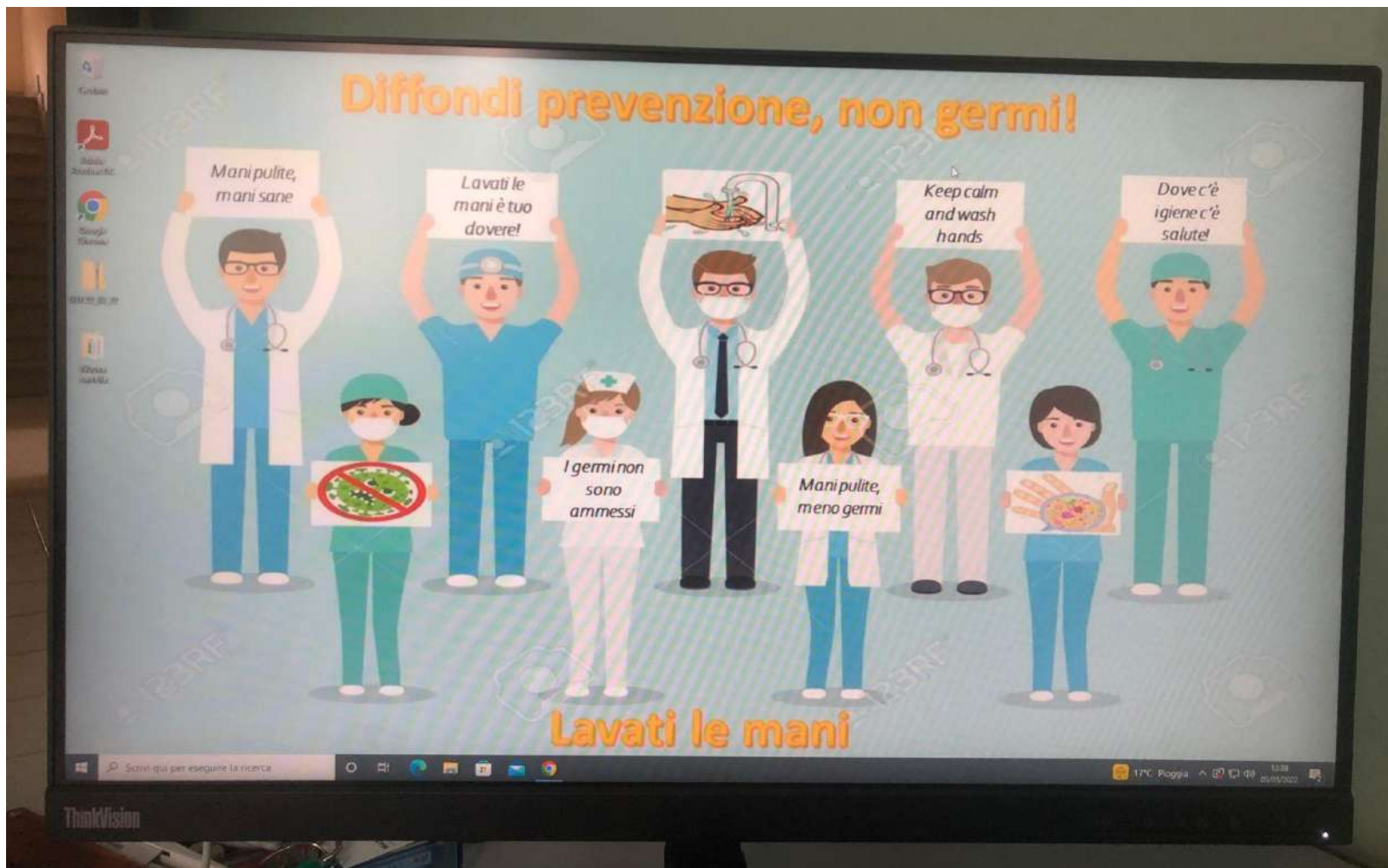
## RSA B & NARI



Slide 15

# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

## RSA B & NARI



Slide 16



# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

## LUNGODEGENZA MEDICA



Casa di Cura  
**AUXOLOGICO ROMA - Buon Pastore**  
Reparto di Lungodegenza Medica Post-Acuzie



Slide 17

# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

## LUNGODEGENZA MEDICA



Slide 18

# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

## LUNGODEGENZA MEDICA



Slide 19



# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

## LUNGODEGENZA MEDICA

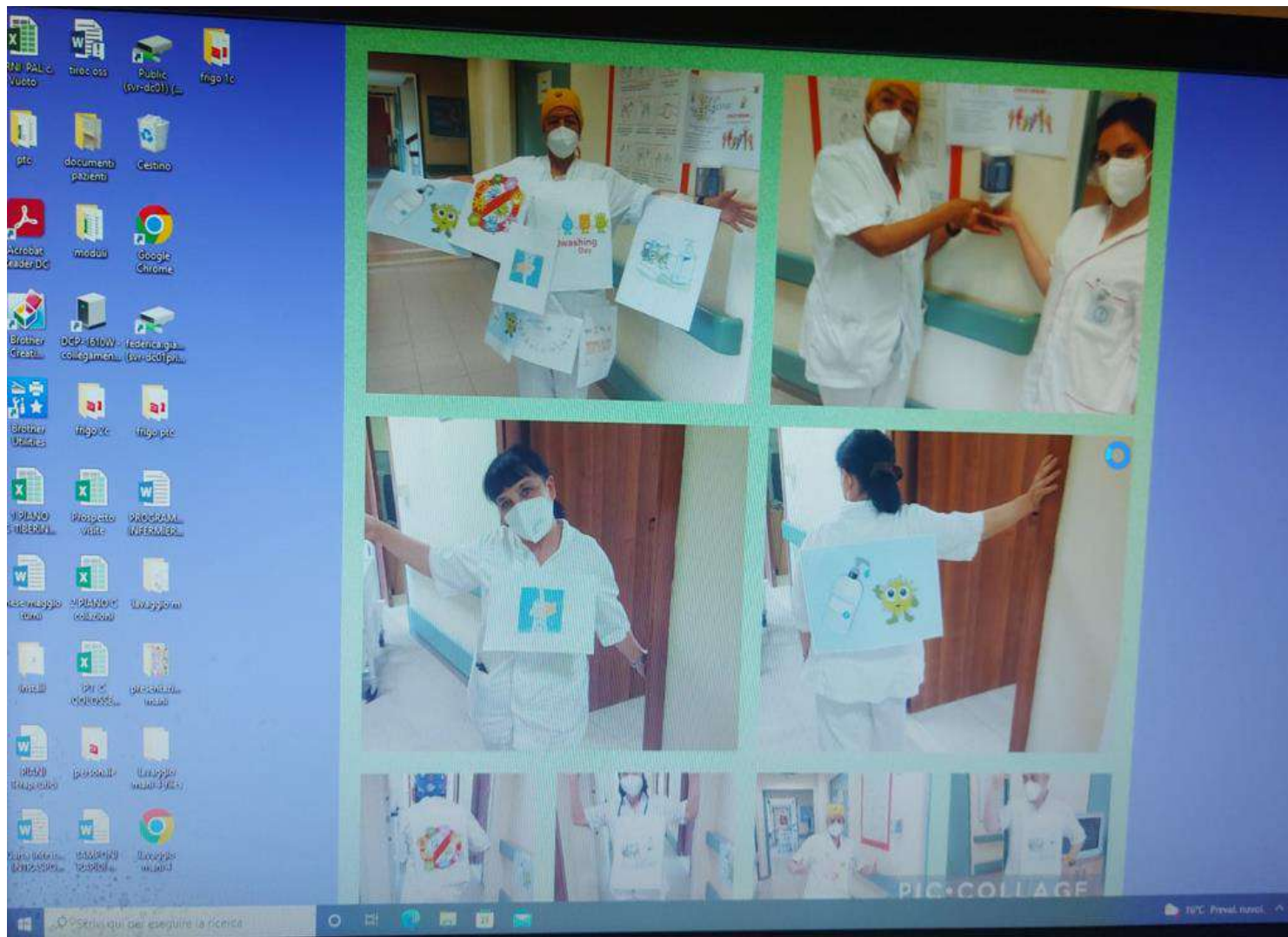


**SALVIAMO VITE:  
LAVIAMOCI LE MANI!**

Slide 20

# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

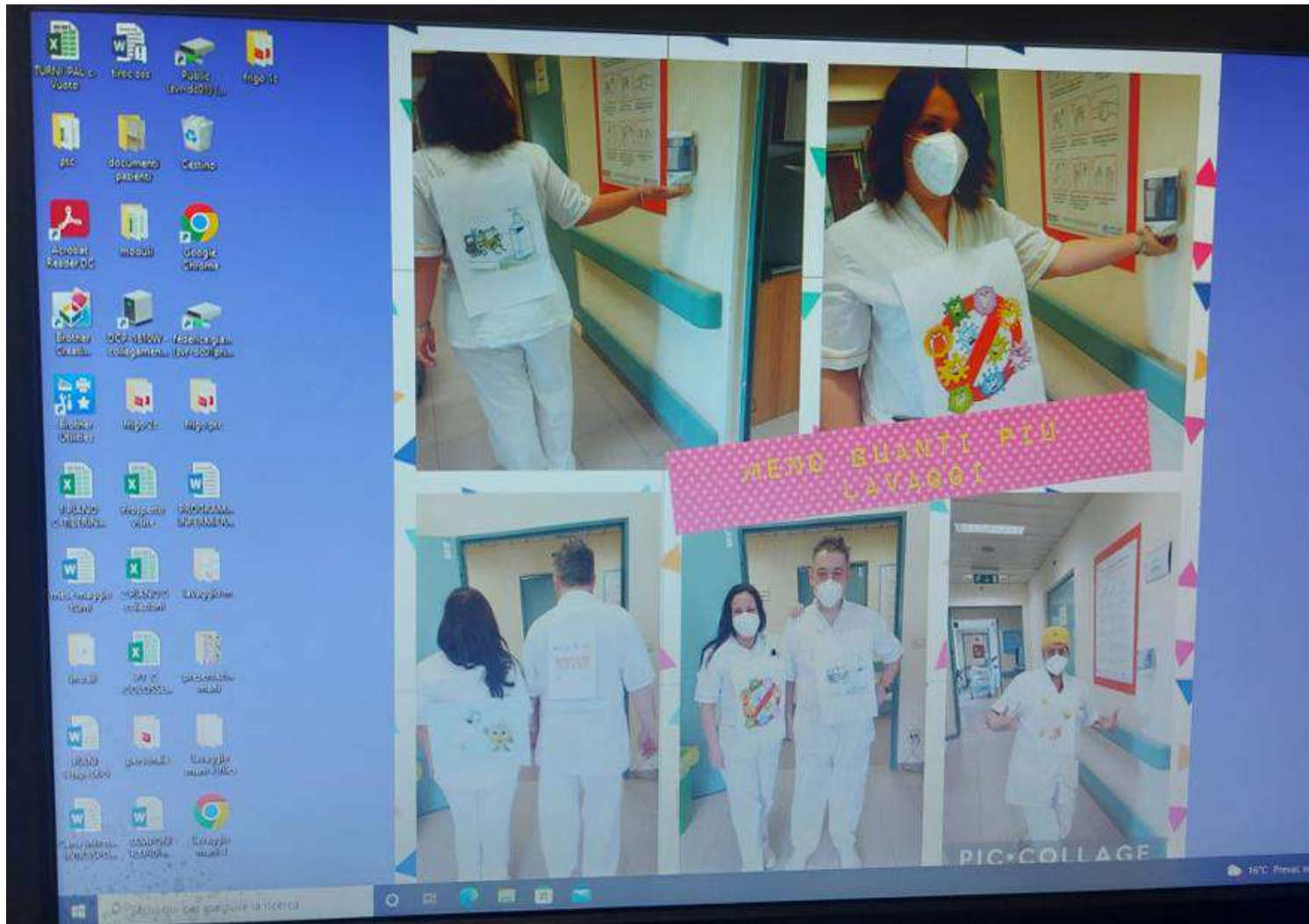
## RSA C



Slide 21

# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

## RSA C

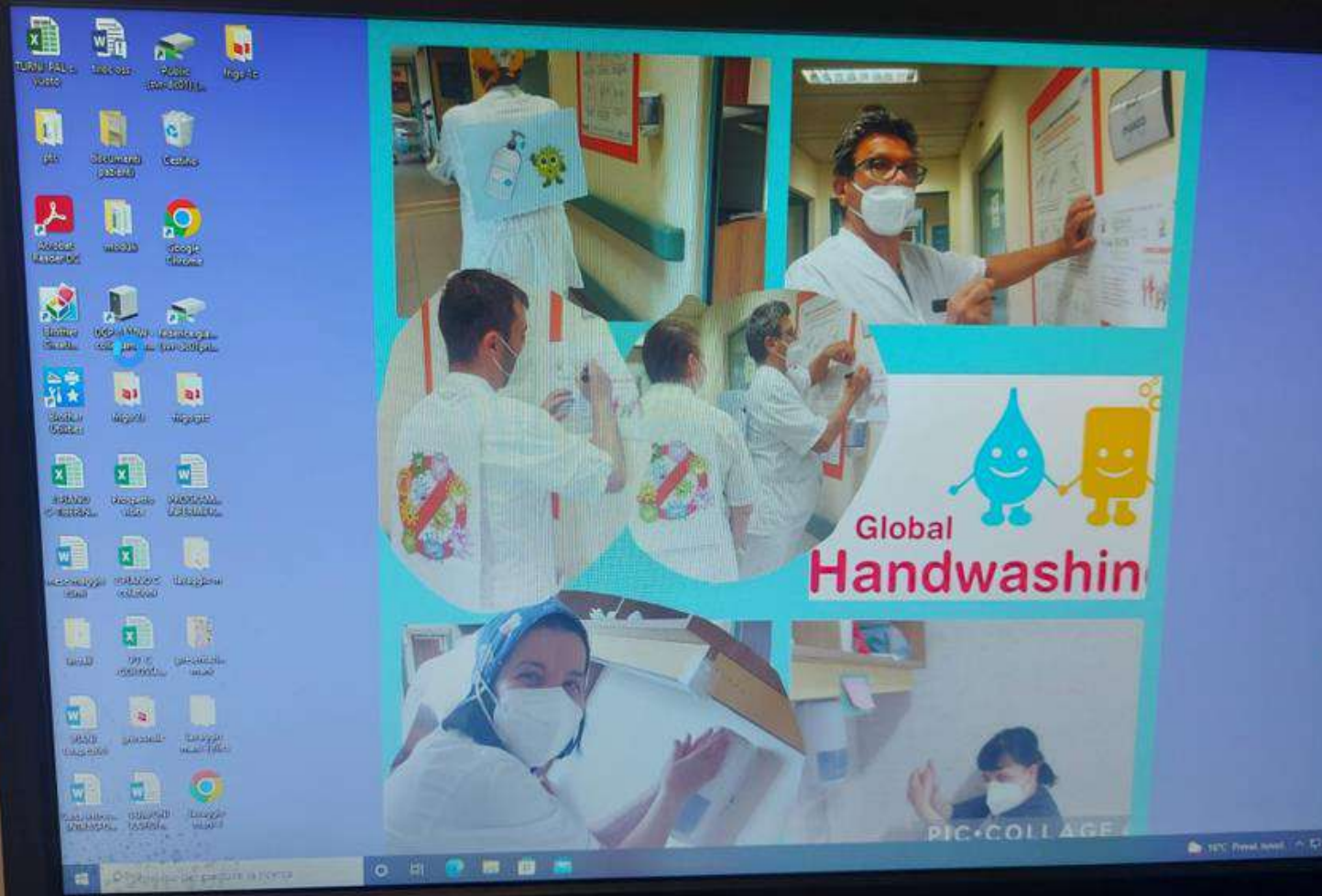


Slide 22



# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

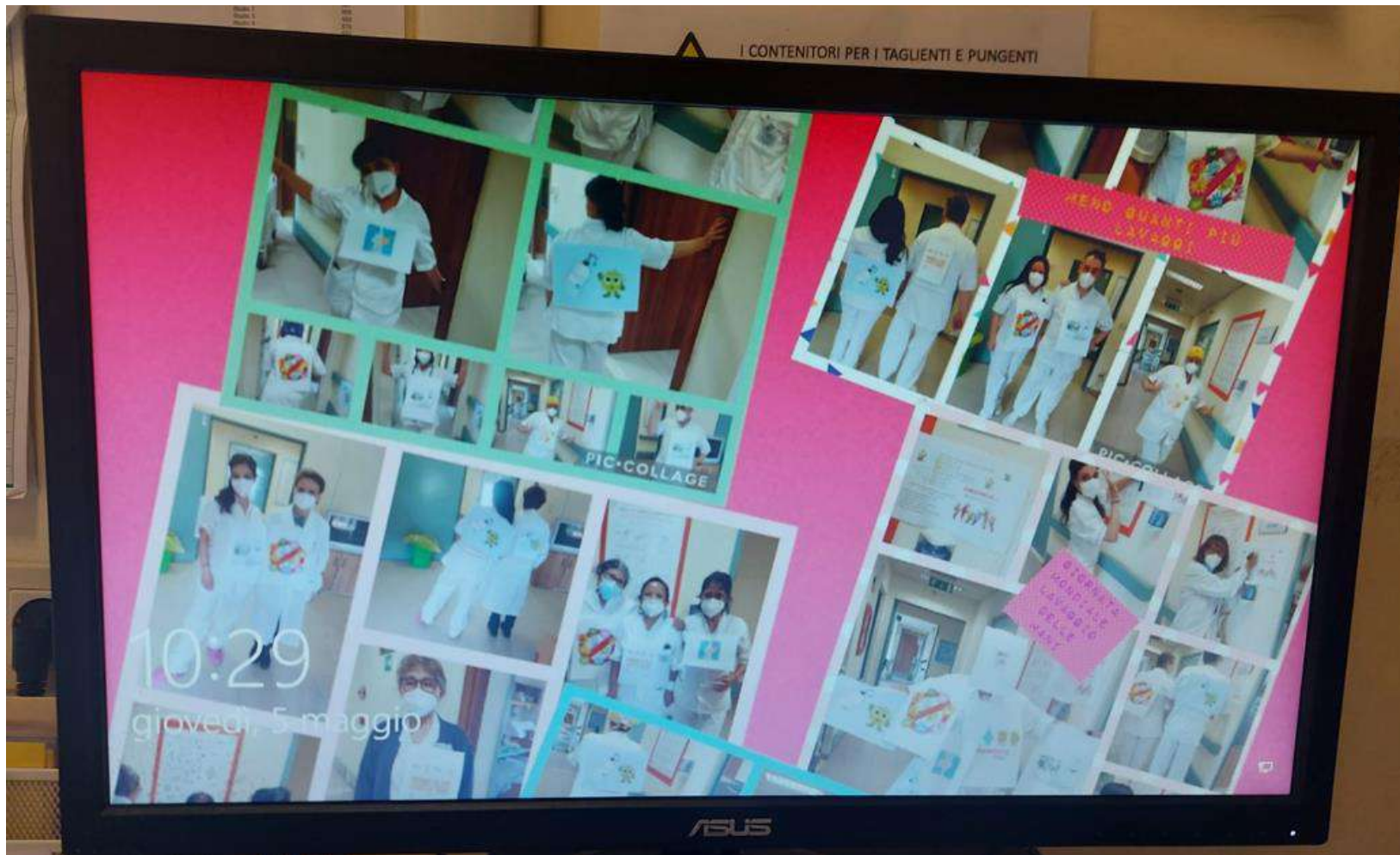
RSA C



Slide 23

# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

## RSA C



Slide 24



# RSA C



# RSA C





# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

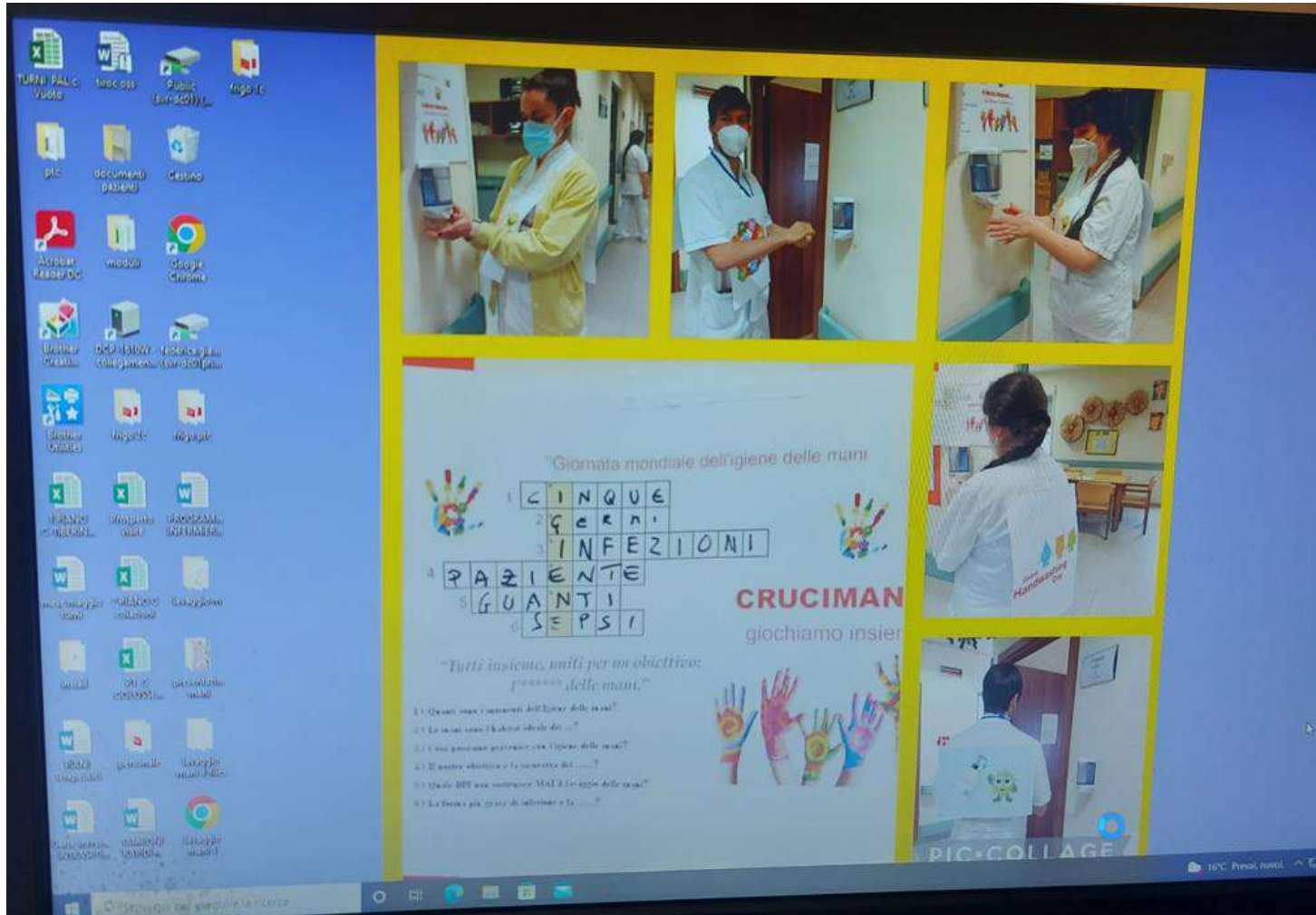
## RSA C



Slide 27

# FOTO SCREENSAVER - DESKTOP

## RSA C



Slide 28





Slide 29

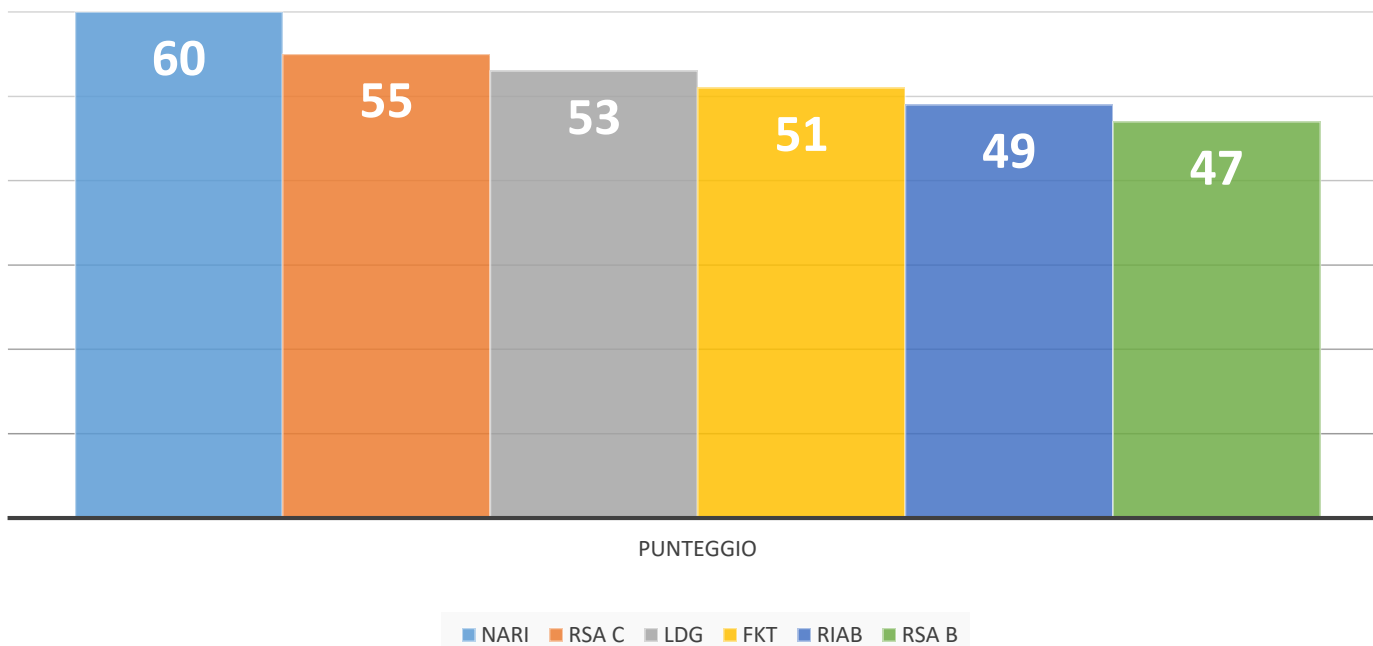
# Risultati questionari per singolo Gruppo

GRUPPI	Questionari (n)	Punteggio totale	MEDIA (max. 25)	%	Punteggio pesato (max. 70)
<b>NARI</b>	17	367	21,6	86,4%	<b>60,4</b>
<b>RSA C</b>	22	435	19,8	79,1%	<b>55,4</b>
<b>LDG</b>	25	472	18,9	75,5%	<b>52,9</b>
<b>FKT</b>	27	490	18,1	72,6%	<b>50,8</b>
<b>RIAB</b>	15	261	17,4	69,6%	<b>48,7</b>
<b>RSA B</b>	21	352	16,8	67,0%	<b>46,9</b>
<b>TOT.</b>	<b>127</b>	<b>2377</b>	<b>18,7</b>	<b>74,9%</b>	<b>52,4</b>

Slide 30

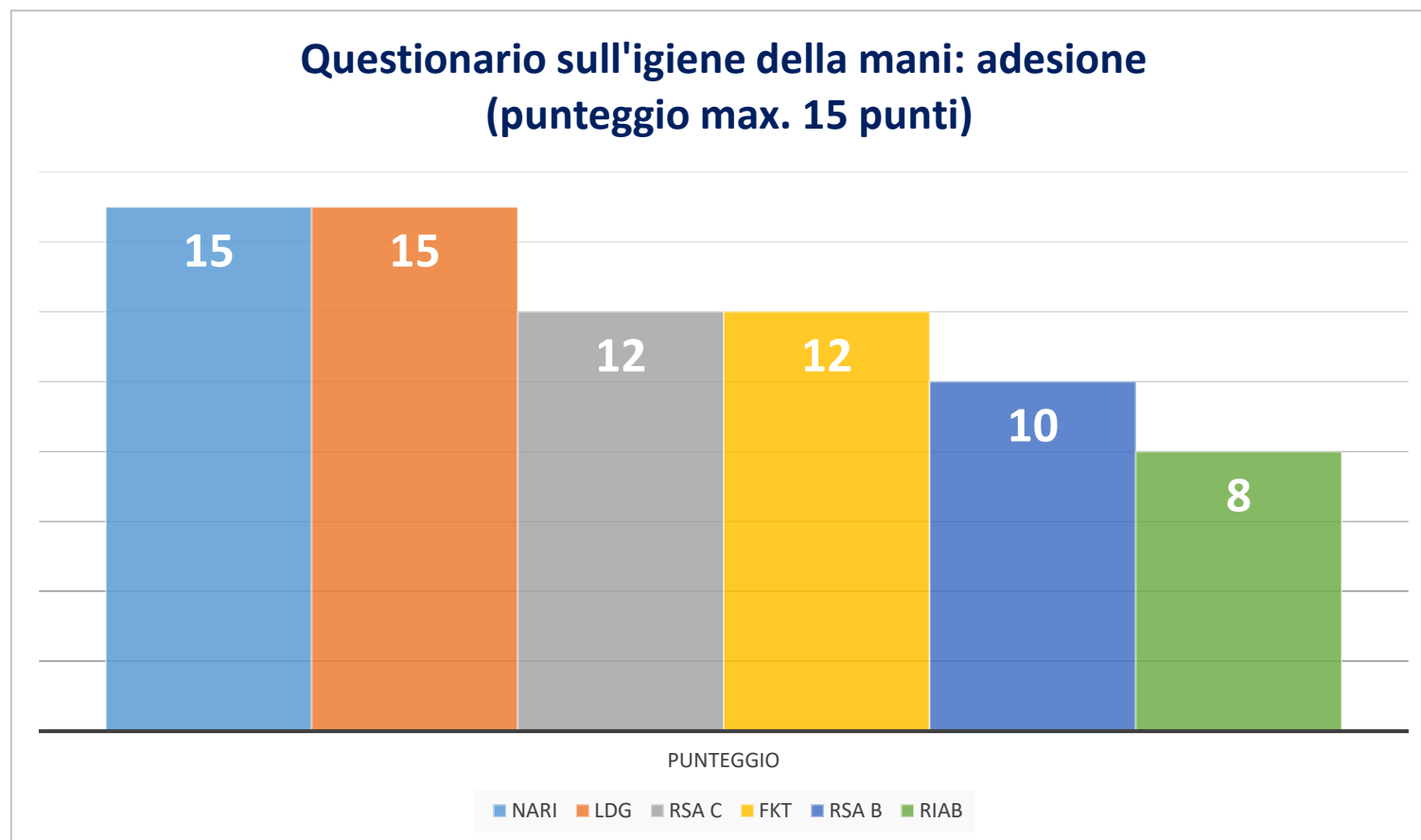
# Risultati questionari per singolo Gruppo

**Questionario sull'igiene delle mani:  
punteggio complessivo "pesato" (max. 70 punti)**



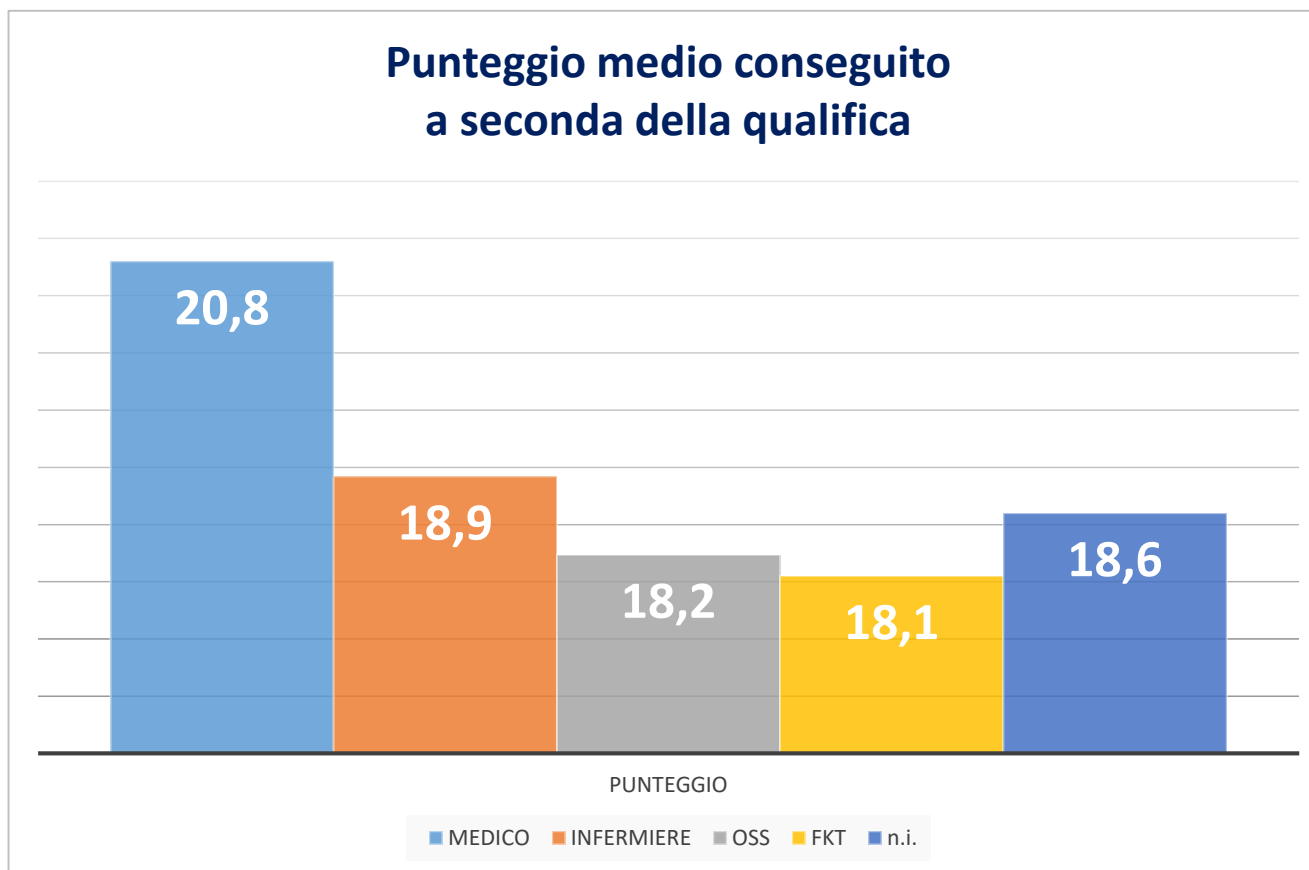
Slide 31

# Adesione all'iniziativa per singolo Gruppo



Slide 32

# Risultati questionari per qualifica



Slide 33

# Gamification 2022



Gruppi	Punteggio questionario	Punteggio Adesione	Punteggio immagini PC ( <i>desktop + screensaver</i> )	Punteggio totale (max. 100)
NARI	60	15	15	90
LDG	53	15	15	83
RSA C	55	12	15	82
RSA B	47	10	15	72
FKT	51	12	0	63
RIAB	49	8	0	57

Slide 34



# FIDUCIA

Sing. femm. [dal lat. fiducia, der. di fidĕre «fidare, confidare»] – Atteggiamento, verso altri o verso sé stessi, che risulta da una valutazione positiva di fatti, circostanze, relazioni, per cui si confida nelle altrui o proprie possibilità, e che generalmente produce un **sentimento di sicurezza e tranquillità.**

TRECCANI

I pazienti si fidano di noi, mettono *letteralmente*  
la loro Salute nelle nostre mani...  
trasmettiamo loro  
**un sentimento di sicurezza e tranquillità**  
lavandoci **sempre** le mani.

Slide 35

# IGIENE DELLE MANI: QUANDO, COME E PERCHÈ?

## Perché?

- In tutto il mondo migliaia di persone muoiono ogni giorno per infezioni acquisite durante l'assistenza sanitaria.
- Le mani sono la principale via di trasmissione di germi durante le procedure assistenziali.
- L'igiene delle mani è la misura più importante per evitare la trasmissione di germi patogeni e per prevenire le infezioni correlate a pratiche assistenziali.
- Questa brochure spiega come e quando effettuare l'igiene delle mani.

## Allegato n. 5

## Chi?

L'igiene delle mani riguarda qualsiasi operatore sanitario, caregiver o persona coinvolta nella cura del paziente.

## Come?

- Effettua l'igiene delle mani mediante la **frizione con una soluzione a base alcolica**, se disponibile. Questo metodo è più veloce, più efficace e meglio tollerato dalle mani.
- **Lava le tue mani con acqua e sapone** soltanto quando sono visibilmente sporche e se non è disponibile un prodotto a base alcolica.

### Come frizionare le mani ?

**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!**  
**LAVALA CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**

Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



### Come lavarsi le mani?

**LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!**

Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



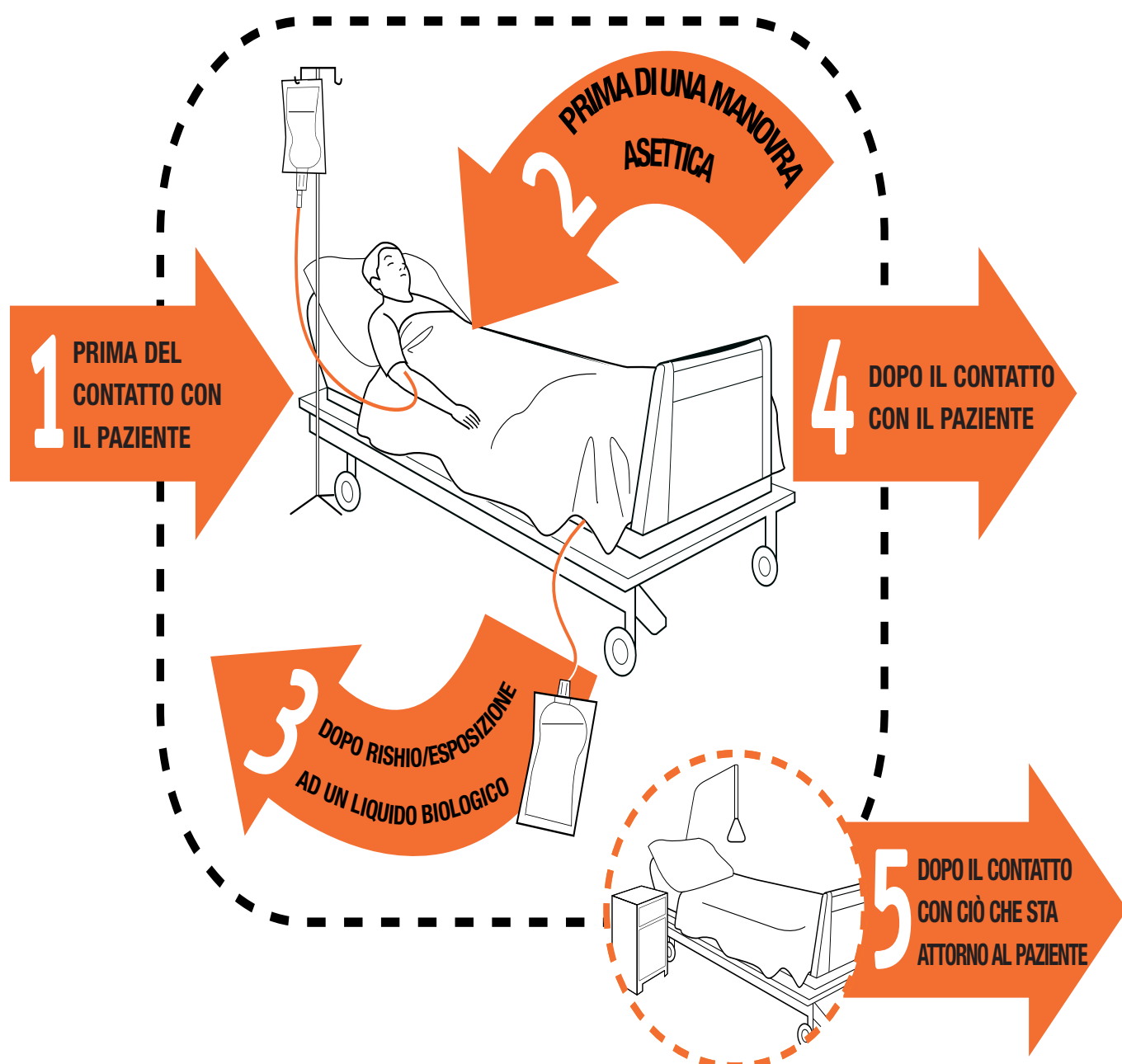
## Ricorda

- Non usare unghie artificiali nelle attività a diretto contatto con il paziente.
- Mantieni le unghie corte.

## Cura delle mani

- Prenditi cura delle tue mani usando regolarmente una crema o una lozione protettiva, almeno una volta al giorno.
- Non lavare di routine le mani con acqua e sapone immediatamente prima o dopo l'utilizzo di un prodotto a base alcolica.
- Non usare acqua calda per risciacquare le mani.
- Dopo aver frizionato le mani con un prodotto a base alcolica o dopo il lavaggio con acqua e sapone, lascia asciugare completamente le mani prima di indossare i guanti.

# QUANDO? I 5 momenti per l'igiene delle tue mani\*

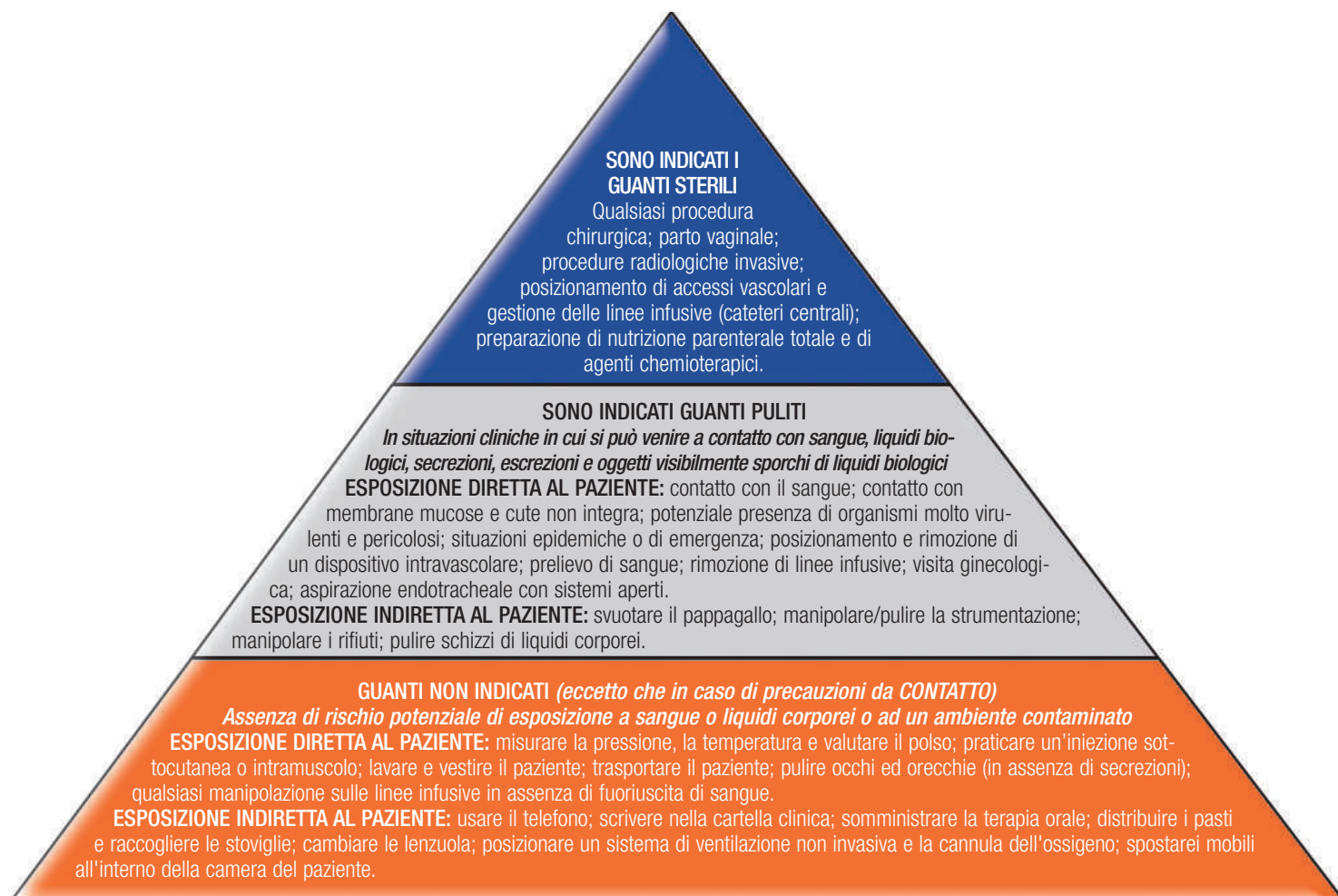


\*L'igiene delle mani dev'essere praticata in tutte le occasioni indicate di seguito, indipendentemente dal fatto che vengano usati o meno i guanti.

<b>1</b> PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente, mentre ti avvicini.*</p> <p><b>PERCHÈ?</b> Per proteggere i pazienti nei confronti di germi potenzialmente patogeni presenti sulle tue mani.</p>
<p><b>ESEMPI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestì di cortesia e conforto: stringere la mano, afferrare per il braccio</li> <li>• Contatto fisico diretto: aiutare un paziente a camminare, a lavarsi, eseguire un massaggio</li> <li>• Visita clinica: valutare il polso, misurare la pressione, auscultare il torace, palpare l'addome</li> </ul>	
<b>2</b> PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica.*</p> <p><b>PERCHÈ?</b> Per proteggere i pazienti nei confronti di germi potenzialmente patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.</p>
<p><b>ESEMPI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contatto con membrane mucose: igiene orale/dentale, somministrazione di collirio, aspirazione di secrezioni</li> <li>• Contatto con cute non integra: igiene delle lesioni cutanee, medicazione delle ferite, iniezione sottocutanea</li> <li>• Contatto con presidi medici: inserimento di catetere, apertura di un accesso vascolare o di un sistema di drenaggio</li> <li>• Preparazione di cibo, medicazioni, set di bendaggio</li> </ul>	
<b>3</b> DOPO UN'ESPOSIZIONE A RISCHIO AD UN LIQUIDO CORPOREO	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido corporeo (e dopo aver rimosso i guanti).*</p> <p><b>PERCHÈ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi potenzialmente patogeni.</p>
<p><b>ESEMPI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contatto con membrane mucose e con cute non integra, come specificato nell'indicazione "prima di una manovra asettica"</li> <li>• Contatto con presidi medici o con campioni clinici: prelievo e manipolazione di qualsiasi campione fluido, apertura di un sistema di drenaggio, inserzione e rimozione di un tubo endotracheale</li> <li>• Eliminazione di urine, feci e vomito</li> <li>• Manipolazione di rifiuti (bendaggi, pannolini, padelle), pulizia di materiali o aree contaminate o visibilmente sporche (sanitari, strumentazione medica)</li> </ul>	
<b>4</b> DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o le superfici nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza.*</p> <p><b>PERCHÈ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi potenzialmente patogeni.</p>
<p><b>ESEMPI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestì di cortesia e conforto: stringere la mano, afferrare per il braccio</li> <li>• Contatto fisico diretto: aiutare un paziente a camminare, a lavarsi, eseguire un massaggio</li> <li>• Visita clinica: valutare il polso, misurare la pressione, auscultare il torace, palpare l'addome</li> </ul>	
<b>5</b> DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	<p><b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente - anche in assenza di un contatto diretto con il paziente.*</p> <p><b>PERCHÈ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi potenzialmente patogeni.</p>
<p><b>ESEMPI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambiare le lenzuola, modificare la velocità di infusione, regolare l'allarme di un monitor, regolare una sponda del letto, pulire il comodino</li> </ul>	

# IGIENE DELLE MANI E USO DEI GUANTI

- L'uso dei guanti non è sostitutivo rispetto all'igiene delle mani
- Se quando indossi i guanti, si presenta l'indicazione ad effettuare l'igiene delle mani, togli i guanti ed effettua l'igiene delle mani
- Elimina i guanti dopo ciascuna manovra ed effettua l'igiene delle mani - i guanti potrebbero trasportare germi
- Indossa i guanti solo quando indicato (vedi gli esempi nella piramide in basso) - altrimenti diventano uno dei maggiori fattori di rischio per la trasmissione



I guanti devono essere indossati in accordo con le precauzioni STANDARD e DA CONTATTO. La piramide specifica alcuni esempi di situazioni cliniche in cui i guanti non sono indicati, ed altre in cui sono indicati i guanti monouso o i guanti sterili. L'igiene delle mani dovrebbe essere praticata quando appropriata, indipendentemente dalle indicazioni precedenti all'uso dei guanti.

## Dizionario

**Prodotto a base alcolica:** una preparazione contenente alcol (liquido, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di eliminare i germi.

**Manovra asettica:** manovra durante la quale non deve avvenire alcuna trasmissione di germi.

**Liquidi corporei:** sangue; escrezioni come urine, feci, vomito; secrezioni come saliva, lacrime, sperma, latte, muco; essudati e trasudati come il liquido linfatico, liquido cefalorachidiano, ascite (eccetto il sudore).

**Cura delle mani:** misure per prevenire l'irritazione della cute.

**Igiene delle mani:** qualsiasi azione di pulizia delle mani (generalmente eseguita mediante frizione con un prodotto a base alcolica o mediante lavaggio con acqua e sapone).

**Frizione delle mani:** trattamento delle mani con un prodotto antiseptico (preparazione contenente alcol).

**Lavaggio delle mani:** lavare le mani con un sapone detergente o un antiseptico e acqua.

**Indicazione:** momento assistenziale in cui deve essere effettuata l'igiene delle mani per prevenire la trasmissione di germi potenzialmente patogeni e/o l'infezione.

Sono state utilizzate tutte le precauzioni dall'OMS per verificare il contenuto di questo documento.

Comunque, il materiale pubblicato viene distribuito senza alcuna garanzia esplicita o implicita. Il lettore si assume la responsabilità per l'interpretazione e l'uso di questo materiale.

In nessuna circostanza l'OMS dovrà essere ritenuta responsabile per i danni causati da un uso improprio.