

PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO anno 2024

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. U.0091714 del 22/01/2024.

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).



DATA EMISSIONE	REDATTO DA	APPROVATO DA
01/02/2024	CLINICAL RISK MANAGER (Dr. Enrico Rosati) Firmato sull'originale	CC-ICA (si veda il Verbale della Seduta del 26/01/2024 <i>Per il CC-ICA</i> Firmato sull'originale

INDICE

A.0.	INTRODUZIONE E AMBITO DI APPLICAZIONE	7
A.1	CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	9
A.1.1	IL COMITATO CLINICO DI CONTROLLO DEL S.G.Q., DEL RISCHIO CLINICO E DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA).....	10
A.2	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	13
A.3	DESCRIZIONE SINTETICA DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	15
A.4	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.	15
A.5	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	23
A.6	OBIETTIVI E ATTIVITÀ.....	24
A6.1	OBIETTIVI	24
A.6.2	ATTIVITÀ.....	24
A.7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	28
A7.1	OBIETTIVI (RISCHIO INFETTIVO)	28
A7.2	ATTIVITÀ (RISCHIO INFETTIVO).....	29
A.8	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	33
A.9	BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI.	34
	ALLEGATI E APPENDICE	36

PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS), anno 2024

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”*³.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha rappresentato, in diversi 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: la sicurezza dei pazienti deve essere continuamente presidiata e le criticità affrontate secondo un approccio multidimensionale, considerando e integrando i vari aspetti, quali, a esempio, 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, etc. Tale approccio è definito come Gestione del Rischio Clinico che rappresenta un elemento di Governo Clinico, 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”*.

7

Il Ministero della Salute pone come cardine strategico, nelle attività di miglioramento continuo della qualità, la gestione del rischio clinico e, nel documento pubblicato sul sito istituzionale dal titolo *“Risk Management in Sanità”* stabilisce le seguenti raccomandazioni:

- a. individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- b. l'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, successivamente, 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 e socio-sanitario.

³ Fonte: Glossario del Ministero della Salute.

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=314&area=qualita&menu=sicurezza.

D'altro canto, l'ospedale e le residenze di comunità, diversamente da altre realtà, rappresentano un *unicum* nella loro complessità poiché in queste strutture interagiscono molteplici fattori che sono eterogenei e dinamici e dove intervengono numerose 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 sanitario 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 debba essere considerato quale "difetto del sistema" e non del singolo professionista, pianificando e implementando programmi aziendali di gestione del rischio clinico snelli 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 normativo⁴.

⁴ "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 Municipio XIII di Roma (superficie: 66,93 km²; abitanti: 133.388 al 31/12/2019; densità: 1.992,95 ab./km²), di competenza territoriale dell’ASL Roma 1, nel quartiere di Montespaccato (zona urbanistica: “Fogaccia”).

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.

9

DATI STRUTTURALI AL 31/12/2023			
Posti letto ordinari	198	Recupero e Riabilitazione funzionale, cod. 56	41
		Lungodegenza medica, cod. 60	47
		RSA “Mantenimento alto”	100
		RSA “Intensiva” (R1)	10
Posti letto diurni	4	Recupero e Riabilitazione funzionale, cod. 56	4
Totale	202		

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

DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI ULTIMI 5 ANNI					
Casa di Cura – episodi di ricovero	2019*	2020*	2021**	2022***	2023***
Recupero e Riabilitazione funzionale, regime ordinario, cod. 56	492	433	415	418	516
Recupero e Riabilitazione funzionale, regime diurno, cod. 56	98	50	49	67	70
Lungodegenza medica post-acuzie, cod. 60	400	310	364	414	453

*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 nuova 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, durante l'anno solare 2023, si sono registrati n. 75 nuovi ingressi e n. 78 dimissioni per la tipologia di trattamento "Mantenimento" e n. 5 nuovi ingressi e n. 5 dimissioni nel Nucleo Assistenziale Residenziale Intensivo (NARI, R1).

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 *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)⁵, Responsabili Medici, Dirigenti medici di UU.OO., Coordinatori Infermieristici, Coordinatori del personale tecnico-sanitario di riabilitazione, eventuali referenti per la Qualità e altri componenti indicati dalla direzione sanitaria, ritenuti da quest'ultima funzionali, di volta in volta, per lo svolgimento delle ordinarie attività del Comitato stesso".

10

Le principali attività del CC-ICA sono quelle di coadiuvare la Direzione fornendo un supporto tecnico-scientifico per iniziative e 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, *in primis*, 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.

⁵ Il CRM è anche il Presidente del CC-ICA.

Nell'ambito del CC-ICA è 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 dalla 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 G.U. dell'08/01/1991, 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).

Ai sensi del DM 15/12/1990, nel 2023 sono state regolarmente trasmesse al SISP di competenza n. 23 notifiche di malattie infettive.

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), in base all'ultima versione licenziata (rev. 02: si veda anche Nota prot. n. 42/DS del 04/08/2023), valida ai fini dell'inserimento nella piattaforma SIREs per alimentare il flusso nazionale SIMES⁶, relativamente agli incidenti verificatisi all'interno della Struttura in ossequio agli adempimenti previsti dalla normativa vigente (**allegato n. 2**.)

Infine, sono nella disponibilità del personale sanitario e socio-sanitario di tutte le UU.OO. (sia in formato cartaceo che elettronico nella piattaforma intranet aziendale), tra gli altri, i seguenti documenti S.G.Q. (istruzioni operative, protocolli, procedure, etc.), nelle loro ultime versioni licenziate dal CC-ICA e regolarmente adottate dalla Direzione sanitaria della Struttura con apposito provvedimento:

- Istruzione operativa sulla prevenzione e gestione del rischio biologico (CDC_ISO_bio).
- Istruzione operativa sulla sorveglianza e il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE/CRE) e sull'uso appropriato degli antibiotici (CDC_ISO_cre).
- Protocollo sull'isolamento del paziente con infezione da clostridium difficile (CDC_PRT_cdi).
- Istruzione operativa per la prevenzione e il controllo della legionellosi (CDC_ISO_leg).
- Protocolli per la profilassi delle parassitosi: scabbia, pediculosi del corpo, del cuoio capelluto e del pube (CDC_PRT_par).
- Istruzione operativa sulle modalità di esecuzione e trasporto dei prelievi ematici e campioni biologici (CDC_ISO_lab).
- Istruzione operativa per la diagnosi precoce di infezione di protesi articolare (CDC_ISO_ipa).
- Protocollo per la prevenzione e il controllo delle infezioni da acinetobacter baumannii (CDC_PRT_aci).
- Procedura sulla gestione dei rifiuti ospedalieri (CDC_PRO_rif).
- Procedura sulla gestione delle operazioni di igiene e sanificazione degli ambienti ospedalieri (CDC_PRO_san).
- Protocollo sul corretto utilizzo dell'autoclave per la sterilizzazione dei presidi medico-chirurgici (CDC_PRT_aut).

⁶ Il Sistema Informativo nazionale 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.

- Piano di Autocontrollo sulla sicurezza alimentare ai sensi del Regolamento CE n. 852/2004 e ss. mm. e ii. (HACCP). Gestione del vitto nei piani di degenza (CDC_PRO_paa).
- *Manuale* tascabile sui protocolli sanitari standard e sulla sicurezza delle cure predisposto dal Gruppo di lavoro interaziendale coordinato dal *Clinical Risk Manager*.
- Scheda per la valutazione del coefficiente di rischio infettivologico e per lo *screening* infettivologico all'ingresso (CDC_MOD_vis).

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

(eventi occorsi dall'01.01.2023 al 31.12.2023; 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 25/10/2016, 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'01/01/2023 al 31/12/2023 sono stati registrati complessivamente n. 48 (quarantotto) eventi sul portale regionale Sistema Regionale di Segnalazione (SI.RE.S.) mediante la già citata Scheda di *incident reporting* (CDC_MOD_ire) adottata e recentemente aggiornata dall'organizzazione (**Figura n. 1**).

Di detti n. 48 eventi, n. 24 (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=20; 41,7%), a cause strutturali (n=20; 41,7%) e organizzative (n=8; 16,6%). Nessun evento è stato ascritto a motivazioni di natura tecnologica.

13

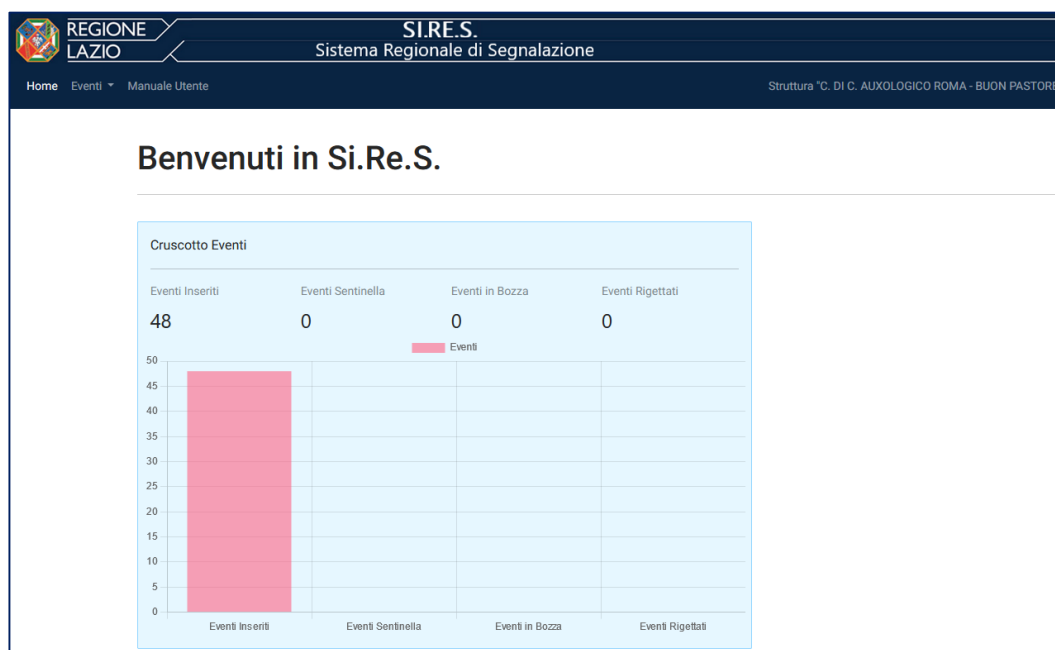


Figura 1. Numero di eventi inseriti sulla piattaforma SI.RE.S. relativamente ai casi occorsi e segnalati dall'01/01/2023 al 31/01/2023. (Fonte: <https://sires.regione.lazio.it/sires/#/home>).

Si precisa che, nell'ambito della registrazione sulla piattaforma SI.RE.S., gli eventi sono vengono classificati in base alle seguenti tipologie:

- caduta
- dispositivi medici
- farmaci
- emotrasfusionale
- atti di violenza a danno di operatore
- altre cause.

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

PUNTO A.2, TABELLA 5 – EVENTI SEGNALATI NEL 2023, AI SENSI DELL'ART. 2, CO. 5 DELLA LEGGE 08/03/2017, N. 24 E DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G00643 DEL 25/01/2022.

Tipo di evento ⁷	N. e % sul totale degli eventi	Principali fattori causali/ contribuenti	Azioni migliorative	Fonte del dato
Near Misses	24 (50,0%) di cui n. 24 cadute accidentali senza danno.	Strutturali (n=20; 41,7%); Tecnologici (n=0; 0,0%); Organizzativi (n= 8; 16,6 %); Procedure/ Comunicazione (n=20; 41,7%).	Si veda pf. A.4.	Sistemi di <i>reporting</i> (100 %);
Eventi Avversi	24 (50,0%) di cui n. 18 cadute accidentali con danno lieve e n. 5 con danno moderato, oltre a n. 1 evento avverso per "altre cause".			Sinistri (0 %); Emovigilanza (0 %); Farmacovig. (0 %);
Eventi Sentinella	0 (0%)			Dispositivovig. (0 %).

14

In particolare, i casi classificati come *near misses* (n=24) sono imputabili esclusivamente all'evento "*caduta accidentale senza danno*"; dei n. 24 casi di *evento avverso* registrati, invece, n. 18 sono ascrivibili a "*caduta accidentale con danno lieve*" (per esempio, ecchimosi, contusione, ferita lacero-contusa senza sanguinamento rilevante) e n. 5 a "*caduta accidentale con danno moderato*" (per esempio, trauma cranico); tra i casi con danno moderato si registra, infine, un ulteriore evento segnalato per "altre cause" (ingestione accidentale di corpo estraneo).

⁷ Dal Glossario pubblicato sul portale del Ministero della Salute, disponibile all'indirizzo web (ultimo accesso: febbraio 2024): 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 abbiamo 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.

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 E DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G00643 DEL 25/01/2022.

Anno	Numero di sinistri aperti**	Numero sinistri liquidati**	Risarcimenti erogati (euro/ mil.)**
2021*	0	0	0
2022	6	0	0
2023	1	1	0,125
Totale	7	1	1

*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.).

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
2021	RCT/O (06/11/2021)	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.
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.
2024	RCT/O (06/11/2024)	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.

15

A.4 RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.

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 2023 si è riunito - conformemente alla normativa vigente – in n. 4 distinte occasioni:

- seduta del 03/02/2023 (verbale: si veda Nota prot. n. 13/DS del 03/02/2023), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 9/DS del 29/01/2023;
- seduta dell'11/05/2023 (verbale: si veda Nota prot. n. 31/DS del 12/05/2023), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 30/DS del 02/05/2023;
- seduta del 25/07/2023 (verbale: si veda Nota prot. n. 40/DS del 26/07/2023), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 38/DS del 12/07/2023;
- seduta del 25/10/2023 (verbale: si veda Nota prot. n. 56/DS del 25/10/2023), giusta convocazione per mezzo della Nota prot. n. 55/DS del 12/10/2023.

A.6.2 OBIETTIVI E ATTIVITÀ (a esclusione della gestione del rischio infettivo).

DESCRIZIONE	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE
ATTIVITÀ 1 PROGETTAZIONE ED ESECUZIONE DI SPECIFICA ATTIVITÀ FORMATIVA DEL PERSONALE SANITARIO SU TEMI INERENTI AL RISCHIO CLINICO E OCCUPAZIONALE.	SI	È stato svolto un corso di formazione, coordinato dal <i>Clinical Risk Manager</i> della Casa di Cura, su temi inerenti il rischio clinico e occupazionale. Il percorso formativo si è concluso in data 11/01/2023 e ha visto la partecipazione di n. 19 operatori sanitari e socio-sanitari della Struttura (> 10% del personale sanitario e/o socio-sanitario dipendente, privilegiando il coinvolgimento delle unità neoassunte). Titolo dell'evento formativo: <i>"Corso di formazione base sul rischio clinico, sul rischio occupazionale e sulla promozione degli stili di vita, ex DCA n. 469/2017 con focus sul rischio infettivo e la pratica dell'igiene delle mani e la gestione e prevenzione delle cadute delle persone assistite"</i> .
ATTIVITÀ 2 PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'USO DEGLI STRUMENTI PER L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO SANITARIO.	SI	Sono state eseguite, nel corso dell'anno solare, le seguenti attività volte all'identificazione del rischio clinico e alla susseguente adozione di possibili misure finalizzate al miglioramento del grado di sicurezza delle cure e dei processi clinico-assistenziali della Struttura, attraverso l'impiego di metodologie riportate in letteratura e scientificamente validate: • Safety Walk Round (SWR). Sono stati eseguiti i "Giri sulla sicurezza", dal 09/01/2023 all'11/01/2023, dal <i>Clinical Risk Manager</i> congiuntamente ai gruppi di lavoro <i>ad hoc</i>, precedentemente identificati e formati, in tutte le UU.OO. della Struttura. Nello specifico, sono state effettuate delle interviste strutturate sulla base di un <i>format</i> rielaborato e adattato al contesto della Casa di Cura e della RSA, a partire dallo schema proposto dal Ministero della Salute⁸ (si veda anche Nota prot. n. 03/DS del 05/01/2023). Successivamente, i risultati emersi sono stati oggetto di analisi collegiale in occasione della Seduta del CC-ICA del 03/02/2023 (si vedano Note prot. n. 09/DS del 26/01/2023 e prot. n. 13/DS del 03/02/2023). • Audit. Nell'ambito delle attività di verifica della qualità documentale e completezza delle informazioni riportate nelle cartelle cliniche della Casa di Cura e della RSA, il <i>Clinical Risk Manager</i> ha condotto, nei giorni 27/02/2023 e 28/02/2023, n. 2 Audit su di un campione di cartelle, impiegando una <i>check-list</i> all'uopo predisposta e in precedenza approvata dal CC-ICA (si veda anche Nota prot. n. 22/DS del 06/03/2023).

⁸ Ministero della Salute. Safety Walk Round – Manuale. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1764_allegato.pdf.
 Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf.

A.6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ (a esclusione della gestione del rischio infettivo).		
ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE
ATTIVITÀ 3 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE PERCEPITA DAGLI UTENTI.	SI	È stato puntualmente redatto e pubblicato sia sul sito <i>web</i> istituzionale (www.auxologico.it) che sulla piattaforma intranet della Casa di Cura ("AuxoRoma.net" all'indirizzo: http://172.16.2.17/), il <i>report</i> 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 singola categoria professionale (medico, infermiere, operatore socio-sanitario, personale tecnico-sanitario della Riabilitazione, etc.). Da evidenziare inoltre che, nell'ambito del questionario somministrato, è stata prevista una sezione dedicata alle segnalazioni comprese quelle inerenti alla sicurezza clinica e a eventuali disservizi organizzativo-assistenziali.
ATTIVITÀ 4 RILEVAZIONE, CORRETTA ALIMENTAZIONE E ANALISI DEL FLUSSO SIREs (SIMEs) SECONDO IL PROTOCOLLO REGIONALE AGGIORNATO PER LA SEGNALEZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI E <i>NEAR MISS</i> .	SI	Nell'anno 2023 le informazioni destinate al flusso nazionale 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 la già richiamata scheda di <i>incident reporting</i> (CDC_MOD_ire, allegato n. 2), e puntualmente trasmesse sulla piattaforma regionale, recentemente aggiornata, SI.RE.S. (per il riepilogo dei risultati si veda anche il pf. A.2 del presente documento). 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 merito al " <i>Monitoraggio annuale AGENAS sulla implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella. Riapertura dei termini per l'anno 2023</i> ", con esito "positivo". Infine, si è provveduto a riportare, nel rispetto dei termini prestabiliti, il debito informativo richiesto, sulla specifica piattaforma predisposta da AGENAS, in ordine alla Nota della Regione Lazio prot. n. RU 001011187 del 15/09/2023, recante oggetto: " <i>Monitoraggio Nazionale AGENAS ex DM 19 dicembre 2022 - Compilazione del Questionario Sicurezza e alimentazione della piattaforma per il monitoraggio delle Raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella</i> ".
ATTIVITÀ 5 PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI PER L'ANALISI/VALUTAZIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO.	SI	È stata eseguita, 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 " <i>Appropriatezza clinica e sicurezza</i> ", con particolare riferimento al p.to 6.3 " <i>Programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi</i> " di cui al DCA n. 469/2017 (si veda anche Nota prot. n. 17/DS del 23/02/2023).

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

ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE																																								
ATTIVITÀ 1 IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2023, AI SENSI DELLA DETERMINAZIONE DELLA REGIONE LAZIO N. G02044 DEL 26/02/2021 “ADOZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI”.	SI	Nel 2023 sono state implementate le azioni stabilite dal <i>Piano annuale di azione locale sull'igiene delle mani</i> in ordine alle modalità e alle tempistiche dallo stesso stabilite, nel rispetto delle indicazioni e degli obiettivi predefiniti dalla Determinazione della Regione Lazio n. G02044 del 26/02/2021. N.B. In occasione della Seduta del CC-ICA del 26/01/2024, è stato approvato il <i>Piano annuale di azione locale sull'igiene delle mani 2024</i>, redatto dal <i>Clinical risk Manager</i>. Il Piano, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente documento, viene riportata in Appendice (si veda Appendice n. 1).																																								
ATTIVITÀ 2 ESECUZIONE DI UN'INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE DELLE ICA.	SI	L'indagine di prevalenza puntuale delle ICA, la cui impostazione e organizzazione è stata preliminarmente discussa e condivisa in sede di CC-ICA, si è regolarmente svolta a seguito di adeguata formazione del personale sanitario e impiegando una specifica scheda tecnica di rilevazione, modificata e adattata al contesto della Struttura, a partire dal format elaborato, nel 2016, dall'<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>, ECDC (si veda allegato n. 3), Nello specifico, la rilevazione è stata condotta 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) 22 e 23 novembre 2023. I risultati, illustrati anche in sede di CC-ICA, sono stati i seguenti: <table><tr><th>INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 22-23/11/2023</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>RIABILITAZIONE</td><td>0</td><td>40</td><td>0</td></tr><tr><td>LUNGODEGENZA MEDICA</td><td>5</td><td>47</td><td>10,6</td></tr><tr><td>SUB. TOT.</td><td>5</td><td>87</td><td>5,7</td></tr><tr><td colspan="4">RSA</td></tr><tr><td>MANTENIMENTO</td><td>2</td><td>96</td><td>2,1%</td></tr><tr><td>INTENSIVA (NARI)</td><td>0</td><td>10</td><td>0</td></tr><tr><td>SUB. TOT.</td><td>2</td><td>106</td><td>1,9</td></tr><tr><td>TOTALE</td><td>7</td><td>193</td><td>3,6</td></tr></table>	INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 22-23/11/2023	CASI (N)*	PAZIENTI/OSPITI PRESENTI NEI GI TOT. (N)	PREVALENZA (%)	CASA DI CURA				RIABILITAZIONE	0	40	0	LUNGODEGENZA MEDICA	5	47	10,6	SUB. TOT.	5	87	5,7	RSA				MANTENIMENTO	2	96	2,1%	INTENSIVA (NARI)	0	10	0	SUB. TOT.	2	106	1,9	TOTALE	7	193	3,6
INDAGINE DI PREVALENZA PUNTUALE, GIORNI INDICE (GI): 22-23/11/2023	CASI (N)*	PAZIENTI/OSPITI PRESENTI NEI GI TOT. (N)	PREVALENZA (%)																																							
CASA DI CURA																																										
RIABILITAZIONE	0	40	0																																							
LUNGODEGENZA MEDICA	5	47	10,6																																							
SUB. TOT.	5	87	5,7																																							
RSA																																										
MANTENIMENTO	2	96	2,1%																																							
INTENSIVA (NARI)	0	10	0																																							
SUB. TOT.	2	106	1,9																																							
TOTALE	7	193	3,6																																							
ATTIVITÀ	REALIZZATA	STATO DI ATTUAZIONE																																								

ATTIVITÀ 3 DEFINIZIONE, IMPLEMENTAZIONE E CONSOLIDAMENTO DELLE MISURE DI CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE NOSOCOMIALE DELLE INFEZIONI DA LEGIONELLA.	SI	È stata costantemente osservata la procedura prevista dal <i>Piano di autocontrollo del rischio di legionellosi</i> e confermata la valutazione del rischio effettuata da personale specializzato (si veda anche DVR aziendale). 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. Eventuali criticità sono state risolte mediante flussaggio <i>shock</i> con biossido di cloro stabile. Nell'anno 2023 non è stato accertato nessun caso di infezione nosocomiale all'interno della Struttura.
ATTIVITÀ 4 DEFINIZIONE, IMPLEMENTAZIONE E 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.	SI	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, e del sistema di segnalazione delle batteriemie da <i>K. pneumoniae</i> ed <i>E. coli</i> resistenti ai carbapenemi e/o prodotti di carbapenemasi e dei ceppi batterici resistenti al ceftazidime/avibactam (si veda Nota prot. n. 45/DS del 28/08/2023), è stato attivato un sistema di sorveglianza attiva mediante tampone rettale delle infezioni/colonizzazioni da CRE/germi <i>alert</i>, 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, anche attraverso l'uso della specifica scheda di rilevazione CDC_REG_xdr (allegato n. 4). Nello specifico, nel corso dell'anno solare 2023, sono stati rilevati n. 2 casi di emocolture positive per microrganismi CRE (entrambi per infezione da <i>Klebsiella Pneumoniae</i> Complex, KPC) da parte del LIS (1^a diagnosi) ed eseguiti n. 83 tamponi rettali ai fine della sorveglianza (si veda anche allegato n. 5).
ATTIVITÀ 5 SVILUPPARE UN PROGRAMMA SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI DA PARTE DELL'ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP.	SI	L'organizzazione ha regolarmente ottemperato all'implementazione delle misure previste dal PNCAR per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PP10), in armonia con le indicazioni fornite dal Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) dell'ASL Roma 1, come risulta dalla compilazione del questionario relativo alla ricognizione eseguita a valere sull'anno 2023 (allegato n. 5). Inoltre, durante l'anno solare 2023, nell'ambito del programma di <i>Antimicrobial Stewardship</i> aziendale sono state svolte numerose attività, così come documentato nei verbali del CC-ICA, tra le quali si annoverano, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

		1) Consegna di copia cartacea a tutte le UU.OO. della Casa di Cura del Manuale antibiotici AWaRe (Access, Watch, Reserve), edizione italiana del <i>"The WHO AWaRe Antibiotic Book"</i>. 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: • Rapporto dell'ONU <i>"Bracing for Superbugs: Strengthening environmental action in the One Health response to antimicrobial resistance"</i> (febbraio 2023). • Rapporto AIFA 2021. L'uso degli antibiotici in Italia (aprile 2023). • Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea sul potenziamento delle azioni dell'UE per combattere la resistenza antimicrobica con un approccio <i>"One Health"</i> dell'01/06/2023. • WHO. <i>People-centred approach to addressing antimicrobial resistance in human health: WHO core package of interventions to support national action plans</i>. • <i>"Surveillance Report"</i> dell'ECDC: • <i>Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals</i>. • <i>Healthcare-associated infections acquired in intensive care units Annual Epidemiological Report for 2019</i>. • <i>Annual Epidemiological Report for 2018–2020. Healthcare-associated infections: surgical site infections</i>. 3). Ascolto collegiale dell'intervista audio rilasciata all'ANSA da parte della Prof.^{ssa} Evelina Tacconelli, Direttrice del <i>Dipartimento delle Malattie infettive</i> dell'Università di Verona, dal titolo: <i>"C'è una pandemia in corso e non è il Covid. Resistenza ai super batteri, l'Italia è maglia nera"</i>. 4) Proiezione di un video, della durata di circa 18', riguardante il tema dell'epidemia "silenziosa" delle cosiddette infezioni nosocomiali da parte dei "super batteri" ovvero resistenti alla maggior parte o a tutti gli antibiotici, che sembrerebbe essersi incrociata con la pandemia mondiale da virus Sars-CoV-2. 5) Aggiornamenti in tema di antibioticoterapia per il trattamento delle infezioni delle vie urinarie (UTI), con particolare riguardo al Paziente/Ospite anziano e fragile: discussione e analisi collegiale in merito alle indicazioni delle Linee guida EAU del 2022, Sanford del 2021, IDSA e UAA-AUSS.
--	--	---

		6) monitoraggio annuale sul consumo di antibiotici. 7) Per il consumo di antibiotici espresso in DDD/100 gg. degenza, come da definizione dell'OMS⁹, 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). È stata condotta, tuttavia, un'analisi valutativa, da parte del <i>Clinical Risk manager</i>, che ha stimato, in maniera empirica, 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 hanno condotto, con riferimento all'anno solare 2023, ai seguenti risultati: • Consumo antibiotici U.O. di Lungodegenza medica, cod. 60: 26,7 DDD/100 gg. di degenza; • Consumo antibiotici U.O. di Recupero funzionale e Riabilitazione, cod. 56: 15,5 DDD/100 gg. di degenza. • Consumo antibiotici Casa di Cura: 18,3 DDD/100 gg. di degenza. Si evidenzia, infine, che il consumo complessivo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani, nell'anno 2023, comprendente sia le UU.OO. (RO) della Casa di Cura che i nuclei della RSA, è stato pari a 22,3 lt/1.000 gg. di degenza, leggermente superiore agli standard raccomandati dall'OMS (20 lt/1.000 gg. di degenza)¹⁰.
--	--	---

ALTRE ATTIVITÀ SVOLTE NELL'ANNO 2023.

- Azioni di contrasto per la riduzione delle infezioni delle vie urinarie (IVU/UTI/CAUTI): introduzione di un sistema a circuito chiuso costituito da un catetere urinario, una sacca di raccolta con valvola anti-reflusso e di un urinometro, nel Nucleo di Assistenza Residenziale Intensiva (NARI) della nostra RSA, con evidenza di riduzione delle forme batteriche resistenti.
- Iniziative promosse dall'Organizzazione in occasione della Giornata mondiale sull'igiene delle mani (5 maggio 2023, si veda anche Appendice n. 1) e del "World Patients Safety Day" (17 settembre 2023).

⁹ 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 2024).

¹⁰ Vs 15,63 litri/1.000 Giornate di Degenza Ordinaria (GDO) registrato in Italia nel 2022 in ambito ospedaliero (consumo mediano nazionale di soluzione idroalcolica).

Per approfondimenti: https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=118430&fr=n.

- Predisposizione di una scheda di “Valutazione e *screening* infettivologico all’ingresso”, anche per l’identificazione di un coefficiente di rischio infettivologico e/o di possibile propagazione endemica o epidemica di agenti patogeni infettivi, da integrare nella documentazione sanitaria.
- Sicurezza delle terapie farmacologiche. Adozione di una specifica applicazione informatica, da parte di tutti i dirigenti medici della Struttura, per la riduzione del rischio di *Adverse Drug Reaction* (ADR). Nell’ambito del tema della sicurezza delle cure, in generale, e di quello della sicurezza delle terapie farmacologiche, in particolare, tutti i Dirigenti medici della Struttura hanno scaricato l’app gratuita (previa iscrizione) denominata “Intercheck”, elaborata da un prestigioso Istituto di ricerca italiano, che consente di poter eseguire agevolmente la verifica dell’interazione tra diverse sostanze per verificare che non vi siano potenziali rischi di reazione avversa ai farmaci (*Adverse Drug Reaction*, ADR); l’app in questione, infatti, risulta di estrema utilità soprattutto nelle fasi di ricognizione e riconciliazione farmacologica all’ingresso (vedi anche Raccomandazione del Ministero della salute n. 17 e relativa istruzione operativa S.G.Q. aziendale, CDC_ISO_ric) e di redazione e aggiornamento della Scheda Unica di Terapia (SUT), adottata in tutte le UU.OO./nuclei della Struttura già da diversi anni.

Nel dettaglio, l’algoritmo impiega diverse metodologie di valutazione del rischio ADR/nesso di causalità tra un farmaco e un evento avverso, specie nel paziente anziano e, segnatamente:

- a) “ABC score”;
 - b) ADR Risk score, GerontoNet ADR Risk score;
 - c) Naranjo;
 - d) DIPS (Drug Interaction Probability Scale).
- Adozione della metodologia di sanificazione PCHS®: applicazione, in via sperimentale, di un protocollo certificato di igiene e sanificazione ambientale basato sulla naturale competizione biologica attivata con specifiche tecniche, nei mesi di novembre e dicembre 2023, sia in Casa di Cura che in RSA.

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

Oltre alle ordinarie attività da considerarsi mandatorie e, quindi, intrinseche nel razionale del presente Piano e, segnatamente:

- a. implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali applicabili;
- b. implementazione dei documenti regionali applicabili;
- c. revisione periodica, almeno triennale, delle procedure;
- d. partecipazione ai comitati (ad es.: Comitato Valutazione Sinistri, CC-ICA, Tavoli permanenti regionali sul rischio clinico, o, etc.);

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)", gli ulteriori principali obiettivi/attività riguardanti la gestione del rischio sanitario individuate dall'organizzazione da implementare per l'anno solare in corso, sono singolarmente e dettagliatamente illustrate nelle successive tabelle.

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/RSA¹¹ su tematiche inerenti al rischio clinico entro il 31/12/2024, 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.

¹¹ 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.		
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.		
INDICATORE Redazione e pubblicazione sia sul sito <i>web</i> istituzionale (www.auxologico.it) che sulla piattaforma <i>intranet</i> della Casa di Cura (AuxoRoma.net), entro il 31/03/2024, di una relazione sulla qualità percepita (<i>customer satisfaction</i>), relativa all'anno 2023, 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.).		
Fonte - Promotore Direzione Sanitaria		
STANDARD 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 – MONITORAGGIO, CORRETTA ALIMENTAZIONE E ANALISI DEL FLUSSO SI.RE.S. SECONDO IL PROTOCOLLO REGIONALE PER LA SEGNALEZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA, EVENTI AVVERSI E NEAR MISS.			
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.			
RAZIONALE Monitoraggio, corretta alimentazione e analisi dei <i>near miss</i> , degli eventi avversi e degli eventi sentinella (compresi gli eventi "caduta") inseriti nella piattaforma regionale SI.RE.S., nel rispetto delle indicazioni e delle definizioni del Decreto del Ministero della Salute dell'11/12/2009 e ss. mm. e ii., 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"".			
INDICATORE Numero di eventi inseriti sulla piattaforma e valutazione analitica degli esiti (tipologia, cause/fattori contribuenti, etc.).			
STANDARD 100% degli eventi pervenuti al <i>Clinical Risk Manager</i> tramite <i>incident reporting</i> (scheda CDC_MOD_ire) ovvero altra modalità di segnalazione.			
Fonte - Promotore Clinical Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk Manager	Responsabili Medici e Coordinatori UU.OO.	CC-ICA
Segnalazione evento	C	R	I
Inserimento evento	R	I	I
Valutazione analitica degli esiti inseriti nella piattaforma SI.RE.S.	R	I	C

ATTIVITÀ 5 – PROGETTAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DI ATTIVITÀ CORRELATE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI PER L'ANALISI/VALUTAZIONE PROATTIVA DEL RISCHIO CLINICO.

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 una mappatura di analisi proattiva del rischio clinico secondo la metodologia *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA)/*Failure Mode and Effect Criticality Analysis* (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.

FONTE - PROMOTORE

Clinical Risk Manager (CRM)

STANDARD

Realizzazione di almeno un'attività di mappatura del rischio applicando la metodologia FMEA/FMECA da realizzarsi entro il 31/12/2024.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CRM	CC-ICA	TEAM DI LAVORO
Selezione dei processi e formazione del <i>team</i> 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. monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;
 - c. prevenzione e controllo delle infezioni da catetere urinario;
 - d. prevenzione e controllo delle infezioni da catetere venoso centrale (CVC);
 - e. gestione della sepsi.
8. Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA;
9. Sviluppare programmi del buon uso degli antibiotici e di sensibilizzazione per il contrasto della resistenza agli antimicrobici (*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.

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".				
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.				
RAZIONALE 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".				
Fonte - Promotore Clinical Risk Manager -Direzione Sanitaria				
STANDARD 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).

N.B. Esecuzione dei campionamenti di acque nel rispetto delle indicazioni delle Linee guida ministeriali da parte di un Laboratorio specializzato¹².

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

31

¹² 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)¹³, 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 dalle Circolari del Ministero della Salute n. 4968 del 26/02/2013 "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)", n. 35470 del 03/12/2019 "Rapid Risk Assessment dell'ECDC: Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi (CRE) – 26 settembre 2019" e n. 1479 del 17/01/2020 "2019 - Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) –ERRATA CORRIGE", nonché, dalla Nota ASL Roma 1 prot. n. 114257 del 28/07/2023 (si veda anche Nota prot. n. 45/DS del 28/08/2023).

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

¹³ 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 ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP FINALIZZATO AL CONTRASTO DELLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI ATTRAVERSO UNA SERIE DI ATTIVITÀ MIRATE QUALI LA SENSIBILIZZAZIONE SULL'USO APPROPRIATO DEGLI ANTIBIOTICI DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO DELLA CASA DI CURA.

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. degenza¹⁴ (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 e diffusione di una specifica documentazione inerente alla corretta gestione della terapia antibiotica.*

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

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 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.

¹⁴ 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 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)”.
6. 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”.
7. 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”.
8. 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)”.
9. 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”.
10. Decreto del Ministero della Salute dell’11/12/2009 recante oggetto: “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES)”.
11. 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”.
12. 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”.
13. Decreto Legislativo 09/04/2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”.
14. 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)”.
15. Determinazione della Regione Lazio del 26/02/2021, n. G02044 del 26.02.2021 “Adozione del piano di intervento regionale sull’igiene delle mani”.
16. 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)”.

17. 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".
18. 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)".
19. 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)".
20. 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)".
21. 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)".
22. 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.
23. 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>.
24. 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".
25. 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.
26. 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.
27. Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?area=qualita&menu=sicurezza.
28. 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.
29. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
30. 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.
31. Raccomandazioni SIMPIOS. Revisione n. 1 – febbraio 2011. Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile, febbraio 2011. Gimpios, Supplemento al vol 1, n. 2, aprile-giugno 2011. <http://www.simpios.eu/2016/12/05/prevenzione-e-controllo-delle-infezioni-da-clostridium-difficile/>.
32. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770.

N.B. Si vedano anche i riferimenti richiamati direttamente nel testo del PARS e nella Determina aziendale con cui è stato adottato il presente Piano.

ALLEGATI E APPENDICE

- ALLEGATO n. 1** Scheda di segnalazione di evento infettivo (ICA) dei Pazienti degenti nella Casa di Cura e degli Ospiti della RSA, 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/*near miss* (quasi eventi) /cadute senza o con danno (CDC_MOD_ire, rev. 02), 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 *alert* 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** Questionario: “Misure per il contrasto dell’antimicrobico-resistenza (PRP, PP10) nell’ambito del Piano Aziendale della Prevenzione (PAP) dell’Asl Roma 1”, rilevazione: anno 2023, di pagine 5.
- APPENDICE n. 1** Piano di azione locale sull’igiene delle mani per l’anno 2024, di pagine 107, compresi gli allegati.

Auxologico Roma Buon Pastore

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

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 DANNO

COMPILARE **TUTTI** GLI ITEM

INCIDENT REPORTING (SEZIONE A)

DATA SEGNALAZIONE _____ N° CARTELLA CLINICA/PERSONALE _____

CASA DI CURA ☐ RIABILITAZIONE E RECUPERO FUNZIONALE ☐ LUNGODEGENZA MEDICA

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

CHI SEGNALE ☐ MEDICO ☐ INFERMIERE/COORD. INF. ☐ ALTRO (SPECIF.) _____

TIPOLOGIA DI EVENTO ☐ CADUTA ☐ ATTI DI VIOLENZA A DANNO DI OPERATORE (CON DANNO, ESCLUSE VIOLENZE VERBALI)
☐ DISPOSITIVI MEDICI (MALFUNZIONAMENTO) ☐ FARMACI (REAZIONI AVVERSE, ERRORI TERAPIA)
☐ EMOTRASFUSIONE ☐ ALTRO

DESCRIZIONE EVENTO (OBBLIGATORIA PER TUTTI GLI EVENTI): DATA EVENTO _____ ORA _____ - _____

LUOGO

- ☐ AMBULANZA
- ☐ SCALE
- ☐ AMBULATORIO
- ☐ SPAZI COMUNI
- ☐ BAGNO
- ☐ STANZA DI DEGENZA
- ☐ CORRIDOIO
- ☐ ALTRO (SPECIFICARE) _____
- ☐ ERANO IN USO LE SPONDINE LATERALI? SI ☐ NO ☐

- FATTORI FAVORENTI

☐ ASSUNZIONE DI FARMACI AD ALTO RISCHIO

☐ INCONTINENZA

☐ CADUTE PREGRESSE

☐ PROBLEMI DI EQUILIBRIO/MOBILITÀ/TONO MUSCOLARE

☐ CALZATURE NON ADEGUATE

☐ PROFILO EMODINAMICO E/O CARDIOVASCOLARE

☐ DEFICIT NEUROCOGNITIVI

☐ RECENTE VARIAZIONE DELLA TERAPIA

☐ DEFICIT VISIVI

☐ ALTRO (SPEC.): _____

- PRESTAZIONI EFFETTUATE

☐ NESSUNA

☐ INTERVENTO CHIRURGICO (EST.)

☐ ALTRE INDAGINI STRUMENTALI

☐ PUNTI DI SUTURA

☐ APPLICAZIONE TUTORE/APPARECCHIO GESSATO

☐ RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA

☐ CONSULENZA SPECIALISTICA

☐ TRASFERIMENTO IN P.S./DEA

☐ ESAMI DI LABORATORIO

☐ VISITA MEDICA

☐ ESAMI RADIOLOGICI

☐ ALTRO (SPEC.): _____

- ESITO

☐ NESSUN DANNO (NEAR MISS)

☐ LIEVE (EVENTO AVVERSO)

☐ MODERATO (EVENTO AVVERSO)

☐ SEVERO (EVENTO SENTINELLA)

☐ MORTE (EVENTO SENTINELLA)

FIRMA LEGGIBILE DEL COMPILATORE

NUMERO EVENTO SENTINELLA (VED. TABELLA SOTTOSTANTE)*: _____

CAUSA

- ☐ OMISSIONE
☐ RITARDO
☐ INESATTEZZA
☐ ALTRO (SPECIFICARE): _____

ESITO

☐ MORTE ☐ DISABILITÀ PERMANENTE ☐ COMA ☐ PROLUNGAMENTO DEGENZA/ CRONICIZZAZIONE ☐ TRAUMA MAGGIORE A SEGUITO DI CADUTA	☐ TRASFERIMENTO UNITÀ INTENSIVA O SUB INTENSIVA ☐ REINTERVENTO CHIRURGICO ☐ RIANIMAZIONE CARDIORESPIRATORIA ☐ TRATTAMENTO PSICHIATRICO A SEGUITO DI TENTATIVO SUICIDIO/VIOLENZA ☐ REAZIONE TRASFUSIONALE (INCOMP. ABO)	☐ 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 abbiamo 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 ☐		LUNGODEGENZA ☐		NARI ☐		RSA, ED. B ☐		RSA, ED. C ☐	
INIZIALI PZ.	N° RIC.	N° LETTO	DATA INIZIO RICOVERO	PRESENTE ICA? ^{NOTA1}		PRESENTE ICA ASSOCIATA A DISPOSITIVO? ^{NOTA2}			
				SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐			
INFEZIONE PRESENTE AL MOMENTO DEL RICOVERO?				DATA INSORGENZA ^{NOTA3}		ORIGINE DELL'INFEZIONE			
SI ☐ NO ☐						☐ REPARTO ATTUALE ^{NOTA4} ☐ IN UN ALTRO OSPEDALE ☐ ALTRA ORIGINE (SCONOSCIUTA/ALTRO/NON NOTO)			
SEGNI 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		COD. INFEZIONE/I (VED. ECDC CODEBOOK ^{NOTA5})		
	SI ☐	NO ☐	SI ☐	NO ☐	SI ☐	NO ☐			
ISOLAMENTO GERME/I	EMOCOLTURA	URINOCOLTURA	COPROCOLTURA	TAMPONE VIE RESPIRATORIE	TAMPONE RETTALE (XDR)	ALTRO ISOLAMENTO (SPECIFICARE)			
	☐	☐	☐	☐	☐				
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 ^{NOTA6}									
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: 21/11/2023).

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	
Numero di isolati per specie batterica (da emocoltura). Indicare per il periodo di riferimento il numero di primi isolati per ricovero/paziente (escludere gli isolamenti ripetuti nell'ambito dello stesso ricovero). 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.				
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)				
<i>CRE</i> 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	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)*								

RICOGNIZIONE ATTIVITÀ PP10 "MISURE PER IL CONTRASTO DELL'ANTIMICROBICO-RESISTENZA". Rilevazione: gennaio 2024.

N.B. Il *format* della presente scheda di monitoraggio è il medesimo di quella trasmessa nel 2022 dall'ASL Roma 1 basata sui contenuti del Piano Regionale della Prevenzione, PRP, 2021-2025 - Programma PP10 e dal Piano Aziendale della Prevenzione, PAP, 2022-2025, dell'ASL Roma.

Struttura: Casa di Cura – RSA "Auxologico Roma – Buon Pastore" (cod. min. 120 301).

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:

DNLab Noemalife.

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

Prof. Maurizio SANGUINETTI, tel. 06.3015.4218, e-mail: maurizio.sanguinetti@policlinicogemelli.it.

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.):

No, è attiva una convezione (*service*) con il Policlinico Universitario "A. Gemelli".

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

Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" IRCCS, D.to di Scienze di Laboratorio e Infettivologiche. Microbiologia e Virologia.

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:

Autonomo.

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:

Sì.

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

N.A.

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:

Sì.

Si prega di indicare il numero di batteriemie CRE notificate nell'anno 2023, al momento della compilazione della presente check-list:

n. 2 Klebsiella Pneumoniae Complex (fonte: LIS Policlinico Universitario "A. Gemelli" IRCCS, D.to di Scienze di Laboratorio e Infettivologiche).

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

Sì.

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

n. 83 (fonte: LIS Policlinico Universitario "A. Gemelli" IRCCS, D.to di Scienze di Laboratorio e Infettivologiche. Microbiologia e Virologia).

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 CC-ICA, tramite atto formale, in tutti gli ospedali pubblici (100% entro 2022).

Si prega di riportare gli estremi dell'atto formale di istituzione del CC-ICA (riferimenti delibera):
Nota prot. n. 10/DS del 05/10/2021.

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

Si prega di riportare gli estremi dell'operatività del CC-ICA (riferimenti verbale ultima riunione del comitato/commissione):
Nota prot. n. 56/DS del 25/10/2023 (Trasmissione Verbale IV seduta anno solare 2023).

Si prega di riportare gli estremi dell'operatività del CC-ICA (riferimenti verbale ultima riunione dell'eventuale gruppo operativo, oppure documento relativo alle attività recenti svolte dal gruppo operativo ICA):
Nota prot. n. 4/DS del 26/01/2024. Adozione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS), anno 2024.

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
Sì.

Si prega di riportare gli estremi della/delle buona/e pratica/he adottata/e:
Per le attività svolte di buone pratiche adottate si vedano le attività/obiettivi del PARS, pf. A7. "obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo", pubblicato sul sito aziendale all'indirizzo web: https://www.auxologico.it/sites/default/files/inline-files/PARS_2023_AUXOLOGICO_ROMA_BUON_PASTORE_sito.pdf.

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:
Sì.

Si prega di riportare se il sistema traccia i litri di soluzione consumata, per singolo reparto, rispetto alle giornate di degenza del reparto stesso:
Il sistema consente di fornire il dato aggregato della Struttura. Il consumo complessivo medio di prodotti idro-alcolici per l'igiene delle mani, nell'anno 2023, è stato di 22,3 lt/1.000 gg. di degenza.

Si prega di indicare se è stato nominato un referente di questa sorveglianza:
Sì (Responsabile Ufficio Servizi generali coadiuvato dal referente del Servizio farmaceutico).

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):

Nota prot. n. 10/DS del 05/10/2021.

Si prega di riportare le figure componenti dell'AS Team (ad es., infettivologo, altro clinico, microbiologo, farmacista, igienista, etc.):

Pneumologo (Referente AS Team), igienista/clinical risk manager, geriatra, internista e neurologo.

PP10A8. MONITORAGGIO SULL'USO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO UMANO.

4

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:

No, ma è stata distribuita a tutti i Dirigenti medici dell'UU.OO. e della RSA copia cartacea del Manuale "Antibiotici AWARe (Access, Watch, Reserve)", edizione italiana del "The WHO AWARe Antibiotic Book", nonché, il documento AIFA "Terapia mirata delle infezioni causate da batteri gram negativi resistenti a multipli antibiotici nei pazienti ospedalizzati". È stata condotta, inoltre, 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 2023, ai seguenti risultati:

- Consumo antibiotici U.O. di Lungodegenza medica, cod. 60: 27,9 DDD/100 gg. di degenza;
- Consumo antibiotici U.O. di Recupero funzionale e Riabilitazione, cod. 56: 16,9 DDD/100 gg. di degenza.
- Consumo antibiotici Casa di Cura: 19,3 DDD/100 gg. di degenza.

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.):

Indicazioni cliniche secondo EBM/EBR, criteri AWARE, evidenze antibiogramma, epidemiologia locale delle ICA, durata della terapia, durata dell'ospedalizzazione, incidenza CDI, terapia in atto dall'Istituto di provenienza, 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:

Sì.

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):

Sì, è attivo un programma di AS.

Si prega di riportare il tipo di interventi adottati:

Per le attività svolte nell'ambito del programma di AS si vedano le attività/obiettivi del PARS, pf. A7. "obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo", pubblicato sul sito aziendale all'indirizzo web: https://www.auxologico.it/sites/default/files/inline-files/PARS_2023_AUXOLOGICO_ROMA_BUON_PASTORE_sito.pdf.

Data di compilazione: 26 gennaio 2024.

5

RIFERIMENTI COMPILATORE:

Dr. Enrico Rosati

Direzione sanitaria

Casa di Cura "AUXOLOGICO ROMA - Buon Pastore"

Via di Vallerlunga, 8 – 00166 Roma

E-mail: enrico.rosati@auxologicoroma.it

direzionesanitaria@auxologicoroma.it

PEC [dirtsan.auxologicoroma@pec.it](mailto:dirsan.auxologicoroma@pec.it)

Mobile +39 335 714 9288

Phone +39 06 61 52 19 65 (int. 365)

In fede

Dr. Enrico Rosati

ENRICO ROSATI

26.01.2024

16:55:39

GMT+00:00



Auxologico Roma Buon Pastore	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024	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 2024



DATA EMISSIONE	REDATTO DA	APPROVATO DA
29/01/2024	CLINICAL RISK MANAGER (Dr. Enrico Rosati) Firmato sull'originale	CC-ICA (si veda Verbale della Seduta del 26/01/2024) Per il CC-ICA Firmato sull'originale

	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024	CDC_PIA_man pagina 2 di 11
---	--	--

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

	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024	CDC_PIA_man pagina 3 di 11
---	--	--

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 26/02/2021, n. G02044, recante oggetto: "Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani", pubblicata sul 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. 1**), eseguito dal CRM in data 11/01/2024, ha preso atto che è stato conseguito **l'obiettivo minimo stabilito dal precedente Piano 2023** ("raggiungimento del livello INTERMEDIO in tutte le sezioni entro il 31/12/2023") e ha stabilito il seguente obiettivo per l'anno 2024:

Raggiungimento del livello AVANZATO in almeno 2 ambiti di valutazione (sui 5 prestabiliti) e mantenimento almeno del livello INTERMEDIO nelle restanti sezioni entro il 31/12/2024, 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 26/02/2021, n. G02044.

Nei successivi paragrafi (3-7), per ciascuna singola sezione/ambito, si descriveranno gli esiti commentati in merito all'ultimo Questionario di Autovalutazione eseguito (punto "A"), nonché, definite le principali azioni del Piano di azione locale per l'anno 2024 (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 aeree 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 a contatto con la Struttura.

	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024	CDC_PIA_man pagina 4 di 11
---	--	--

3. SEZIONE A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 100/100, livello AVANZATO (esito Piano 2023: 100/100, 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 assistenza¹ della Casa di Cura e della RSA**, oltre a ulteriori circa n. 50 dispenser tradizionali distribuiti nei corridoi delle aree di degenza e nelle aree comuni dedicate all'utenza esterna (si veda scheda tecnica, **allegato n. 2**).

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, l'organizzazione garantisce un budget di spesa dedicato, regolare e adeguato, all'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle 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 gennaio 2024, di cui all'**allegato n. 3**).

Inoltre, sempre nell'anno solare 2023, è stata svolta regolare manutenzione (ed eventuale sostituzione/riparazione) dei porta salviette di carta monouso per l'igiene delle mani e/o degli asciugamani elettrici ad aria calda presenti nelle infermerie dei reparti e nei servizi igienici della Struttura.

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

Nello specifico, al fine di rafforzare ulteriormente e conservare l'elevato livello conseguito, si stabilisce di installare, per l'anno 2024, almeno ulteriori n. 6 (sei) *dispenser* di soluzione biocida disinfettante a base alcolica per l'igiene delle mani, sempre con un sistema "a cartucce", negli ambienti dedicati alle attività riabilitative (palestre) presenti al piano seminterrato dell'edificio "A" della Casa di Cura.

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:

¹ 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 26/02/2021, n. G02044. Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani").

	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024	CDC_PIA_man pagina 5 di 11
---	--	--

- 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* 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 (a esempio, per patologia neurologica o psichiatrica) non sia possibile utilizzare il dispenser fisso vicino al letto del paziente/ospite, si dovrà avviare 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 e al monitoraggio dei prodotti per l'igiene delle mani (quest'ultimo anche con l'ausilio del referente del Servizio farmaceutico), 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.

	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024	CDC_PIA_man pagina 6 di 11
---	--	--

4. SEZIONE B. FORMAZIONE DEL PERSONALE

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 90/100, livello **AVANZATO** (esito Piano 2023: 90/100, livello AVANZATO).

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 sanitario e socio-sanitario almeno una volta all'anno, attraverso un approccio formativo *blended*. In particolare, nell'anno 2023, sono state formate n. 34 (trentaquattro) unità sulla pratica dell'igiene delle mani, nonché, promosse numerose altre attività/iniziative sul tema (si veda **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.net² 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 PERCHÈ?" dal CC-ICA nella Seduta del 20/12/2021, nonché più volte ristampata (su carta patinata opaca 250 gr., a 4 colori) e costantemente diffusa sia alle risorse umane neoassunte (di *default*, come da specifica istruzione operativa), che ai familiari dei Pazienti/Ospiti e ai visitatori in genere in occasione della Giornata mondiale sull'igiene delle mani che si celebra ogni 5 maggio (**allegato n. 5**).

4) Sul sito dell'Istituto Auxologico Italiano e sui *social media* ad esso collegati (Facebook, Instagram, LinkedIn, X, Youtube, etc.) sono presenti contenuti *ad hoc* sull'igiene delle mani, quali, a 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/.](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 servizi igienici 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.

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

	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024	CDC_PIA_man pagina 7 di 11
---	--	--

7) Analogamente all'anno precedente, è stato definito un *budget* annuale di spesa, da parte della Direzione, dedicato alla formazione e alle iniziative di sensibilizzazione sulla pratica dell'igiene delle mani.

Punti di miglioramento. Oltre alle routinarie attività formative previste sul tema, per l'anno 2024 (analogamente all'anno 2022) viene stabilita la formazione specifica di ulteriori almeno n. 8 (otto) formatori e osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani, selezionati tra il personale sanitario e socio-sanitario della Struttura.

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

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

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 maxi schermo 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 2024, prevede almeno un evento formativo, comprensivo di verifica delle competenze, che possa coinvolgere quanti più operatori possibili, ponendo particolare attenzione al personale neoassunto e alla formazione specifica di almeno n. 8 nuovi formatori e osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani. Il calendario dovrà 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 e socio-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;
- descrizione delle esperienze e valutazione delle strategie adottate a livello aziendale.

	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024	CDC_PIA_man pagina 8 di 11
---	--	--

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

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 70/100, livello INTERMEDIO (esito Piano 2023: 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/paziente³**).

Nell'anno 2023 è stata eseguita, in tutta le UU.OO. della Casa di Cura e i nuclei assistenziali della RSA, un'indagine 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. In occasione del suddetto studio osservazionale, sono state valutate complessivamente n. 384 opportunità e registrata un'adesione/compliance ai 5 momenti d'igiene delle mani pari al 69,4% (per l'analisi dettagliata si veda **allegato n. 4**). Anche per l'anno 2024 è prevista l'esecuzione di una nuova rilevazione.

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 dall'OMS pari ad **almeno 20 litri per 1000 gg./paziente** (i dati sulle giornate di occupazione dei pazienti sono forniti dall'Ufficio SIO).

2) Esecuzione di uno Studio osservazionale sulla pratica dell'igiene delle mani comprendente una successiva valutazione e *feedback* con diffusione dei risultati emersi, prevedendo l'esecuzione di almeno n. 1 rilevazione per ciascuna UU.OO. individuando, quale obiettivo principale, quello di un numero minimo di n. 200 (duecento) opportunità per unità operativa e/o categoria professionale.

³ 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").

	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024	CDC_PIA_man pagina 9 di 11
---	--	--

6. SEZIONE D. COMUNICAZIONE PERMANENTE.

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 100/100, livello AVANZATO (esito Piano 2023: 100/100, livello AVANZATO).

Sulla base delle evidenze ottenute, per quanto riguarda la *comunicazione permanente*, risulta che sono stati esposti nelle aree di degenza della Struttura n. 50 (cinquanta) poster che illustrano la corretta tecnica di lavaggio delle mani e su come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica.

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, reminder/promemoria sul posto di lavoro quali *screensaver*, spille, adesivi, etc. (si veda **allegato n. 4**).

Giova rammentare, inoltre, che la Direzione ha pubblicato un *handbook* tascabile, distribuito a tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari della Struttura, dal titolo: "*Protocolli sanitari standard*", originato da un gruppo di lavoro interaziendale, all'uopo predisposto e coordinato dal CRM, in cui il numero di occorrenze del termine "**igiene delle mani**" è presente per ben n. 87 volte.

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.

	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024	CDC_PIA_man pagina 10 di 11
---	--	---

7. SEZIONE E. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

A. QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE. Punteggio rilevato: 95/100, livello **AVANZATO** (esito Piano 2023: Punteggio rilevato: 95/100, livello AVANZATO).

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.
- 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".

Punti di miglioramento. Rispetto al precedente Piano del 2023, 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 (a 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 2023, sono state promosse e realizzate (**allegato n. 4**).

B. PIANO DI AZIONE LOCALE.

Nell'ambito delle regolari riunioni e attività del *Piano Annuale di Rischio Sanitario* (PARS) 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 declinate dal presente *Piano*.

	PIANO DI AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI 2024	CDC_PIA_man pagina 11 di 11
---	--	---

8. ALLEGATI

- **ALLEGATO n. 1.** Questionario di Autovalutazione 2024 (anno di riferimento: 2023), di pag. 3.
- **ALLEGATO n. 2.** Requisiti strutturali e tecnologici. Ricognizione del *Clinical Risk Manager*, di pag. 8.
- **ALLEGATO n. 3.** Schede tecniche soluzione alcolica e altri specifici prodotti impiegati nella Casa di Cura e nella RSA per l'igiene delle mani, di pag. 24.
- **ALLEGATO n. 4.** Principali iniziative promosse e realizzate nell'anno 2023 sul tema della pratica dell'igiene delle mani, di pag. 57.
- **ALLEGATO n. 5.** *Brochure* sull'igiene delle mani "IGIENE DELLE MANI: QUANDO, COME E PERCHÈ?", di pag. 4.

(Totale allegati: pagine 96).

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	
TOTALE	100	100	

*Punteggio rilevato sulla base delle ispezioni visive eseguite dal *Clinical Risk Manager* in data 10/01/2024 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	
TOTALE	90	100	

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	I N T E R M E D I O
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?	10	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?	20	30	
C.5.1 Feedback. Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	5	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	
TOTALE	70	100	

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	
TOTALE	100	100	

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 innovazioni affidabili e testate.	5	5	
E.6.4 Miglioramento continuo. Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici, etc.	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	
TOTALE	95	100	

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:
Usi sconsigliati: | GEL IGIENIZZANTE

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 | KEMIX S.r.l.
Via dei Mandarini, 8
00040 Pomezia (RM)
Tel.: 06.93377217 Fax: 06 93377249
Email: amministrazione@kemixprofessional.it
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.
In caso di incendio e/o esplosioni evitare di respirare fumi e vapori. Indossare adeguati dispositivi di protezione (vedi sezione 8).
Per chi interviene direttamente
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. Provvedere ad una ventilazione sufficiente.
- Modalità di bonifica:
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.
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.
Evitare le alte temperature, fonti di calore e l'esposizione alla luce diretta del sole.
Conservare in un ambiente fresco e ventilato. Proteggere dall'umidità. 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

VALORI DNEL /PNEC:
Lavoratori:
Inalazione DNEL (breve termine, locale): 1900 mg/m ³ (1000ppm) |
|--------------------------------------|--|

SCHEDA DI SICUREZZA

- KEMIXINA GEL IGIENIZZANTE Scheda Sicurezza -

Inalazione DNEL (lungo termine, sistemico) :950 mg/m³
(500ppm)
Dermale DNEL (lungo termine, sistemico): 343 mg/kg bw/day

Consumatori

Inalazione DNEL (lungo termine, sistemico) :114 mg/m³
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/Kgdw
PNEC sediment (acqua di mare): 2.9mg/Kgdw
PNEC soil: 0.63 mg/Kgdw
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/m³), 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 decomporsi liberando fumi e gas tossici contenenti CO _x , NO _x .

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

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/m3 (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:	Tossicità dei principali ingredienti: ETHANOL / ETHYL ALCOHOL (N°CAS 64-17-5): Pesci Salmo gairdneri CL50 (96 ore): 13 g/l Pimephales promelas CL50 (96 ore): 13,5 - 15,3 g/l Invertebrati Daphnia magna CE50 (48 ore): 12,3 g/l Ceriodaphnia dubia CE50 (48 ore): 5 g/l Daphnia magna NOEC (riproduzione, 21 g): > 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): > 10 g/l Artemia salina nauplii CE50 (48 ore): 857 mg/l 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
12.2 Mobilità:	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)
12.3 Persistenza e degradabilità:	Imidazolidinyl urea: logKoc < 2.07; la sostanza è mobile nei terreni L'etanolo è stabile all'idrolisi, ma prontamente biodegradabile. (7)
12.4 Potenziale di accumulo:	Degrada facilmente negli impianti di trattamento delle acque reflue. 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
12.5 Risultati della valutazione PBT e vPvB	L'etanolo non soddisfa i criteri di identificazione delle sostanze PBT o vPvB, in conformità con l'Allegato XIII del Regolamento REACH.
12.6 Altri effetti avversi:	Relazione sulla sicurezza chimica e valutazione PBT: non effettuata 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).

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:

Principi attivi:	q.tà
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

Parametri	Specifiche
Aspetto	Soluzione limpida paglierina
Sodio ipoclorito (% p/p)*	0.115 ± 0.01
pH	9.00 ± 1.00
Densità (g/cm^3)	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.

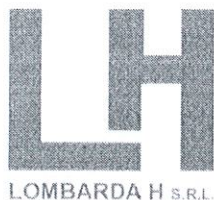
Si impiega puro applicandolo mediante bagno, lavaggio, irrigazione o tamponando con garza o ovatta.

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
ETANOLO		
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 %
GLICOLE PROPILENICO		
CAS Nr: 57-55-6 N. CE: 200-338-0 REACH: 01-2119456809-23		0,1 - 1 %
GLICEROLO		
CAS Nr: 56-81-5 N. CE: 200-289-5		0,1 - 1 %
DIETILFTALATO		
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/m³

DIETILFTALATO

Italia (Valori limite di esposizione professionale)

valore limite medio ponderato nel tempo (TWA) 5 mg/m³

DNEL

ETANOLO

	Tipo di esposizione	Via di esposizione	Valore
Lavoratori	Acuto Locale	Inalazione	1900 mg/m ³
Consumatori	Cronico Sistemico	Inalazione	114 mg/m ³
Lavoratori	Cronico Sistemico	Cutaneo	343 mg/kg
Lavoratori	Cronico Sistemico	Inalazione	950 mg/m ³
Consumatori	Acuto Locale	Inalazione	950 mg/m ³
Consumatori	Acuto Locale	Cutaneo	950 mg/m ³
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 ³
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 ² /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 ³
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

**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

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
A	T	RIAB	Personale (accanto infermeria, corr. DH)	☐ DEGENTI ☒ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	T	RIAB	Personale RM, corridoio DH	☐ DEGENTI ☒ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	T	RIAB	DH	☐ DEGENTI ☒ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	T	RIAB	DH	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	T	RIAB	Soggiorno	☐ DEGENTI ☐ PERSONALE ☒ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	T	RIAB	LAVANDINO MEDICHERIA (NO BAGNO)	☐ DEGENTI ☒ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	T	RIAB	Corridoio accanto medicheria	☐ DEGENTI ☒ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	T	RIAB	Interno STANZA 1	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	T	RIAB	In fondo al corridoio/angolo	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	T	RIAB	Accanto STANZA 3	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	T	RIAB	Fronte STANZA 6	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	T	RIAB	Fronte STANZA 5	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	1	RIAB	Fronte gabbiotto	☐ DEGENTI ☒ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
A	1	RIAB	Fronte soggiorno	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	1	RIAB	Corridoio centrale	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	1	RIAB	Accanto STANZA 103	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	1	RIAB	LAVANDINO INFERMERIA (NO BAGNO)	□ DEGENTI ■ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	1	RIAB	In fondo al corridoio/angolo	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	1	RIAB	Accanto STANZA 106	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	1	RIAB	Fronte STANZA 108	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	1	RIAB	Fronte STANZA 109	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	2	LGD	Fronte gabbiotto	□ DEGENTI ■ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	2	LGD	Fronte soggiorno	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	2	LGD	Corridoio centrale	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	2	LGD	Accanto STANZA 201	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	2	LGD	Accanto STANZA 205	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
A	2	LGD	In fondo al corridoio/angolo	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	2	LGD	Accanto STANZA 206	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	2	LGD	Fronte STANZA 208	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	2	LGD	Fronte STANZA 209	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	2	LGD	LAVANDINO INFERMERIA (NO BAGNO)	☐ DEGENTI ☒ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	Presente asciugamani elettrico.	10/01/2024
A	3	LGD	Fronte gabbiotto	☐ DEGENTI ☒ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	3	LGD	Fronte soggiorno	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	3	LGD	Corridoio centrale	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	3	LGD	Accanto STANZA 303	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	3	LGD	In fondo al corridoio/angolo	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	4	LGD	Accanto STANZA 305	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	3	LGD	Accanto STANZA 306	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	3	LGD	Fronte STANZA 308	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
A	3	LGD	Fronte STANZA 309	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
A	3	LGD	LAVANDINO INFERMERIA (NO BAGNO)	□ DEGENTI ■ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	T	RSA	Dentro STANZA 1	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	T	RSA	Lavandino infermeria (NARI)	□ DEGENTI ■ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine. Presente asciugamani elettrico	10/01/2024
B	T	RSA	Bagno assistito (NARI)	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	T	RSA	Lavandino cucina (NARI)	□ DEGENTI ■ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	T	RSA	Interno STANZA 1 (NARI)	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	T	RSA	Interno STANZA 2 (NARI)	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	T	RSA	Interno STANZA 3 (NARI)	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	T	RSA	Esterno NARI (fondo corridoio dx)	□ DEGENTI ■ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	T	RSA	Esterno NARI (fondo corridoio sx)	□ DEGENTI ■ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	1	RSA	Doccia assistita/vuota/wc	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	1	RSA	Fronte deposito sporco	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
B	1	RSA	Fronte deposito pulito	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	1	RSA	Interno Infermeria	☐ DEGENTI ☒ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	1	RSA	Accanto 101	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	1	RSA	Fronte 103	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☐ SAPONE ☐ SALVIETTE MONOUSO	Bagno fuori servizio, in manutenzione	10/01/2024
B	1	RSA	Lavandino cucina	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	2	RSA	Doccia assistita/vuota/wc	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	2	RSA	Fronte deposito sporco	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	2	RSA	Fronte deposito pulito	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	2	RSA	Interno Infermeria	☐ DEGENTI ☒ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	2	RSA	Accanto 201	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	2	RSA	Fronte 203	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	2	RSA	Lavandino cucina	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	3	RSA	Doccia assistita/vuota/wc	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
B	3	RSA	Fronte deposito sporco	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	3	RSA	Fronte deposito pulito	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	3	RSA	Interno Infermeria	□ DEGENTI ■ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	3	RSA	Accanto 301	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	3	RSA	Fronte 303	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
B	3	RSA	Lavandino cucina	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	T	RSA	Lavandino cucina soggiorno	□ DEGENTI ■ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	T	RSA	Accanto STANZA 8	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	T	RSA	Accanto STANZA 6	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	T	RSA	Interno STANZA 3	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	T	RSA	Fronte infermeria	□ DEGENTI ■ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	T	RSA	Dentro STANZA 1	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	T	RSA	Bagno assistito (angolo corridoio)	□ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
C	T	RSA	Accanto STANZA 2	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	1	RSA	Fronte infermeria	□ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	1	RSA	Adiacenze infermeria	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	1	RSA	Accanto STANZA 103	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	1	RSA	Fronte ascensore	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	1	RSA	Bagno assistito (fronte STANZA 105)	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	1	RSA	Accanto STANZA 106	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	2	RSA	Adiacenze infermeria	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	2	RSA	Interno STANZA 203	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	2	RSA	Interno STANZA 202	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	2	RSA	Accanto STANZA 202	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	2	RSA	Interno STANZA 209	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	2	RSA	Interno STANZA 205	■ DEGENTI □ PERSONALE □ ESTERNI	■ SAPONE ■ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024

ED.	PIANO	U.O.	DESCRIZIONE	DESTINATARI UTILIZZO	LAVANDINO	NOTE	DATA RILEVAZIONE
C	2	RSA	Lavandino Cucinino	☐ DEGENTI ☒ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	2	RSA	Fronte Sala pranzo	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	2	RSA	Fronte STANZA 207	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024
C	2	RSA	Accanto STANZA 208	☒ DEGENTI ☐ PERSONALE ☐ ESTERNI	☒ SAPONE ☒ SALVIETTE MONOUSO	In ordine	10/01/2024

ALLEGATO n. 4

**PRINCIPALI ATTIVITÀ SVOLTE
SULL'IMPORTANZA DELL'IGIENE DELLE MANI
ANNO 2023**

- I. Nota prot. n. 27/DS del 26/04/2023, recante oggetto: *"5 maggio 2023. Giornata Mondiale per il lavaggio delle mani"* e relativi allegati, di pag. 9.
- II. Estratto dagli allegati della III Seduta annuale del CC-ICA del 25/07/2023, di pag. 26.
- III. Convegno del 18/12/2023 *"Prevenzione delle infezioni nel paziente anziano istituzionalizzato"*, organizzato dal S.I.S.P. dell'ASL Roma 1. Estratto slide dall'intervento presentato dal titolo: *"Approcci di successo in tema di gestione del rischio infettivo nelle strutture residenziali. L'esperienza della Casa di Cura "Auxologico Roma – Buon Pastore"*, di pag. 19.
- IV. Elenco dei partecipanti all'evento formativo aziendale: *"Proiezione integrale del video "Hand Hygiene" ("Igiene delle Mani"), elaborato dalla rivista scientifica internazionale New England Journal Medicine (NEJM), in lingua originale con sottotitoli in italiano"*, di pag. 2.

Roma, 26 aprile 2023

PROT. N. 27/DS/2022

TRASMESSA PER MEZZO POSTA ELETTRONICA

AFFISSIONE IN BACHECA

PUBBLICATA SULLA PIATTAFORMA INTRANET AZIENDALE

AUXOROMA.NET AL SEGUENTE PERCORSO:

COMUNICAZIONI E DISPOSIZIONI → NOTE DELLA DIREZIONE

Alla cortese attenzione

TUTTO IL PERSONALE SANITARIO E SOCIO-SANITARIO

Per conoscenza

CENTRO REGIONALE RISCHIO CLINICO

crcc@regione.lazio.it

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

Dr. Alessio MULAS

DIREZIONE GENERALE

Dr. Pierbiagio CUOMO

DIREZIONE AMMINISTRATIVA



OGGETTO: 5 maggio 2023. Giornata Mondiale per il lavaggio delle mani.

Con riferimento alla Nota della Regione Lazio prot. n. 431151 del 19.04.2023, recante pari oggetto, e in occasione della prossima *Giornata mondiale per il lavaggio delle mani*, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) fin dal 2005 (si riporta sul frontespizio uno degli *slogan* dell'OMS relativo alla campagna dello scorso anno)¹, per rimarcare l'importanza di tale pratica "essenziale per affrontare tre grandi sfide per la sanità pubblica del nostro tempo:

- ridurre la circolazione del virus SARS-CoV-2,
- prevenire le infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA),
- contrastare il fenomeno della resistenza agli antibiotici",

nonché, in armonia con gli obiettivi individuati dal *Piano di azione locale di igiene delle mani*, così come recepito e allegato al *Piano Annuale di Rischio Sanitario (PARS) 2023*, si illustrano, di seguito, le iniziative stabilite in merito da questa Casa di Cura/RSA.

1. Consegna ai visitatori del *toolkit* di sensibilizzazione per la pratica dell'igiene delle mani.

Tutti i visitatori che si recheranno presso questa Struttura nella giornata di **venerdì 5 maggio 2023** saranno omaggiati (fino a esaurimento), al momento dell'ingresso nella Casa di Cura/RSA, del seguente ***toolkit di sensibilizzazione per la pratica dell'igiene delle mani*** costituito da:

- n. 1 bustina di gel igienizzante per le mani su base alcolica (77%);
- n. 1 mini-brochure a colori, su carta patinata, dal titolo: "*Igiene delle mani: quando, come e perché?*", curata dall'OMS, che include le modalità operative sul corretto lavaggio delle mani, nonché, l'illustrazione dei "*5 momenti per l'igiene delle tue mani*" (di pagine 4, formato A4);
- n. 1 opuscolo, a colori, su carta lucida, dal titolo "*Clostridium difficile. Informazione per i pazienti e i familiari*" (di pagine 8, formato A5).

¹ Per le altre "parole chiave" riguardanti la promozione della Giornata Mondiale dell'Igiene delle mani del 5 maggio 2022, si prenda visione anche dell'infografica (sezione: "opuscoli e poster") disponibile sul sito del Ministero della Salute al seguente indirizzo web: <https://www.salute.gov.it/portale/malattieinfettive/dettaglioOpuscoliMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=524>.

Ultimo accesso: 26.04.2023.

Auxologico Roma Buon Pastore

Casa di Cura accreditata con il SSN

Via di Vallelunga, 8 - 00166 Roma • Tel. 06 61521965

Auxologico Roma S.r.l. Società Benefit • CF e N. Iscr. al Registro Imprese 15939381008

2. Studio osservazionale sull'adesione della pratica dell'igiene delle mani da parte degli operatori.

Sarà condotta un'indagine osservazionale sull'adesione della pratica dell'igiene delle mani degli operatori sanitari e socio-sanitari, nel periodo compreso **dal 2 al 5 maggio 2023**, da parte di **infermieri osservatori**, già formati nell'anno 2022 e coadiuvati dal *Clinical Risk Manager*, in tutte le UU.OO. della Casa di Cura e i nuclei assistenziali della RSA, prevedendo un monitoraggio minimo di 200 opportunità/struttura, in sintonia con la Determinazione regionale del 26.02.2021, n. G02044, utilizzando le specifiche schede/griglie di valutazione all'uopo predisposte e opportunamente modificate in ordine alle caratteristiche dei *setting* assistenziali presenti (**allegato n. 1**, di pagine 4). A tal proposito, in data **venerdì 28 c.m., alle ore 13.30**, presso la Sala Polivalente, si riuniranno i Coordinatori infermieristici e del personale tecnico-sanitario di Riabilitazione, congiuntamente al Sottogruppo di lavoro specifico (linea di attività: "*Piano di intervento aziendale sull'igiene delle mani*", si veda verbale dell'ultima Seduta del CC-ICA di cui alla Nota prot. n. 13/DS del 03.02.2023) e agli "infermieri osservatori", per organizzare, nel dettaglio, le attività inerenti la succitata indagine osservazionale.

I dati rilevati saranno poi oggetto di una successiva analisi e discussione collegiale che si terrà in occasione della prossima Seduta del CC-ICA prevista entro la seconda decade del mese maggio c.a..

3. Somministrazione del Questionario di valutazione sull'igiene delle mani agli operatori sanitari e socio-sanitari.

Nei prossimi giorni sarà cura di questa direzione sanitaria provvedere alla distribuzione ai Coordinatori di n. 1 copia del "**Questionario sull'igiene delle mani per gli operatori sanitari**" (da compilarsi in forma anonima), predisposto dal CRRC e adattato dal *Clinical Risk Manager* aziendale (**allegato n. 2**, di pagine 2), **per tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari della Casa di Cura e della RSA**, suddivisi nei seguenti n. 6 "raggruppamenti":

- U.O. di Lungodegenza medica, cod. 60 (medici, infermieri, OSS);
- U.O. di Recupero funzionale e Riabilitazione, cod. 56 (medici, infermieri, OSS);
- Nucleo di Assistenza Residenziale Intensiva (medico, infermieri, OSS);
- Nuclei di RSA, Mantenimento, ed. "B" (medici, infermieri, OSS e ausiliari);
- Nuclei di RSA, Mantenimento, ed. "C" (medici, infermieri, OSS);
- Servizio di Riabilitazione & altre figure sanitarie (fisioterapisti, terapisti occupazionali, educatrici professionali, logopedista, psicologa, dietista, TSRM e assistente sociale).

Entro **venerdì 5 maggio 2023**, i questionari dovranno essere riconsegnati ai Coordinatori infermieristici e del personale tecnico-sanitario della Riabilitazione i quali, a loro volta, trasmetteranno gli stessi a questa direzione sanitaria. I dati rilevati saranno oggetto anch'essi di una successiva analisi e discussione collegiale in sede del prossimo CC-ICA e, successivamente, i risultati saranno divulgati all'intera organizzazione, analogamente all'anno passato.

4. Campagna di sensibilizzazione per incrementare l'indice di adesione dell'igiene delle mani e ridurre l'utilizzo inappropriato dei guanti.

Già nel 2021, al fine di poter applicare compiutamente la strategia multimodale proposta dall'OMS e mirata al miglioramento dell'igiene delle mani, è stata accolta dalla Direzione Generale della Casa di Cura la richiesta, formulata dal CC-ICA, di installare, in corrispondenza di ciascun **punto di assistenza e cura al letto del paziente** (c.d. "*Point Of Care*", POC²), **n. 200 dispenser**, con sensore automatico, di soluzione liquida disinfettante biocida per le mani a base alcolica certificata EN 14776 (che presenta anche un'efficacia virucida dimostrata), 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).

² "Nel Point of care (POC):

- si incontrano tre elementi: il paziente, l'operatore sanitario, l'assistenza o il trattamento terapeutico che prevede il contatto con il paziente o l'ambiente circostante;
- l'igiene delle mani deve essere eseguita nei 5 momenti indicati dall'OMS, in cui si presta assistenza o cura;
- i prodotti per l'igiene delle mani (ad es. soluzioni a base di alcol, acqua, sapone, asciugamani) devono essere facilmente accessibili e il più vicino possibile al punto di cura, senza dover lasciare la zona paziente" (Fonte: Ministero della Salute).

Con la precisa finalità di aumentare ulteriormente la percentuale di adesione dell'igiene delle mani, attraverso azioni efficaci e incisive, si è stabilito, congiuntamente al già richiamato Gruppo di lavoro infermieristico, di collocare in prossimità di tutti i n. 200 dispenser dei punti di assistenza e cura del paziente/ospite della Casa di Cura/RSA, un apposito *sticker* adesivo (dimensioni 6 cm x 20 cm: si veda figura sottostante).



La frase riportata nell'etichetta adesiva, sebbene possa risultare una *semplificazione* della metodologia dei "5 momenti dell'igiene delle mani", ha il precipuo obiettivo di richiamare *ictu oculi* e costantemente l'attenzione (effetto *reminder*) di tutti gli operatori sanitari e socio-sanitari e, anche, dei pazienti/ospiti e dei loro visitatori, su uno dei principi cardine alla base della strategia per ridurre la frequenza delle infezioni correlate all'assistenza e, di conseguenza, le resistenze agli antimicrobici.

Inoltre, i Responsabili medici e i Coordinatori, sempre **entro la data del 5 maggio 2023**, dovranno identificare una o più immagini da inserire quali *screen saver*/sfondo per il *desktop* delle postazioni PC presenti nell'Unità Operativa/nucleo/servizio di appartenenza, avente per tema, quest'anno: "**20 secondi è il tempo minimo per lavarsi le mani con una soluzione alcolica (frizione)**".

Contestualmente, infine, saranno adottate specifiche misure da questa direzione sanitaria finalizzate alla riduzione dell'uso inappropriato (e, in taluni casi, persino pernicioso) dei guanti, a favore di una maggior frequenza del lavaggio delle mani.

Lo scopo dichiarato delle suddette azioni è quello di contrastare, tra l'altro, l'"*effetto Hawthorne*", introducendo gradualmente concetti chiari e ben definiti che possano modificare positivamente il *modus operandi* degli operatori in maniera a tal punto incisiva da persistere nel tempo e ritenersi "acquisiti" diventando, così, *prassi* (anche in assenza di "osservatori" o di altre forme di controllo).

5. Formazione. Entro il 31.12 dell'anno in corso sarà svolta una nuova edizione del Corso di formazione per gli operatori sanitari e socio-sanitari sull'"igiene delle mani" destinato, *in primis*, ai neo-assunti e che sarà curato dai Coordinatori del Gruppo di Lavoro infermieristico individuato dal CC-ICA con il supporto e la supervisione del *Clinical Risk Manager*.

Nel ringraziare tutti per l'attenzione e la fattiva e costante collaborazione, l'occasione è gradita per porgere i più cordiali saluti.

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Enrico Rosati
ENRICO ROSATI
26.04.2023 14:17:43
GMT+00:00

PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI
SCHEDE DI OSSERVAZIONE E DI CALCOLO

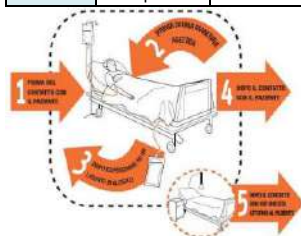
UNITÀ OPERATIVA		SESSIONE N./ SCHEDA N.	____/____
EDIFICIO, PIANO		DATA (GG/MM/AAAA)	____/____/____
OSSERVATORE (INIZIALI)		INIZIO/FINE (HH:MM)	____:____/____:____
CONTA (I)		DURATA SESSIONE (MINUTI)	

PROF. CAT.	INFERMIERE		
CODICE	1.1		
NUM.			
OPP.	INDICAZIONE	AZIONE	
1	☒ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
2	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
3	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
4	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
5	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
6	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
7	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
8	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	

PROF. CAT.	OSS		
CODICE	2		
NUM.			
OPP.	INDICAZIONE	AZIONE	
1	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
2	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
3	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
4	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
5	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
6	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
7	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
8	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	

PROF. CAT.	MEDICO		
CODICE	3.1		
NUM.			
OPP.	INDICAZIONE	AZIONE	
1	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
2	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
3	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
4	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
5	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
6	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
7	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
8	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	

PROF. CAT.	TERAPISTA		
CODICE	4.1		
NUM.			
OPP.	INDICAZIONE	AZIONE	
1	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
2	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
3	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
4	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
5	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
6	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
7	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	
8	☐ pr-cont ☐ pr-asep ☐ dp-fluid ☐ dp-cont ☐ dp-circ	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla	



N.B. L'USO DEI GUANTI NON MODIFICA NÉ SOSTITUISCE LE INDICAZIONI PER L'IGIENE DELLE MANI ("5 MOMENTI").

Regole generali

1. Presentati agli operatori sanitari e 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 (a 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 riquadro o il piccolo cerchio corrispondente (barrando il quadrato puoi scegliere più di un'opzione, barrando il cerchio solo una).
6. Nel caso in cui un'opportunità di igiene delle mani risponda a più di un'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 delle variabili

OSSERVATORE	Iniziali (cognome e nome)	
UNITÀ OPERATIVA	Indicare per esteso (non utilizzare abbreviazioni)	
DATA	2 numeri per giorno (gg) e mese (mm), 4 numeri per anno (aaaa)	
INIZIO/FINE	2 numeri per ora (hh) e minuti (mm)	
DURATA DELLA SESSIONE	calcolare la differenza in minuti tra ora di inizio e ora di fine della sessione di osservazione	
SESSIONE N. /SCHEDA N.	In accordo alla propria numerazione (e.g.: per sessione n. 1/scheda n. 3 si indicherà "01/03").	
OSSERVATORE	Iniziali (cognome e nome)	
PROF. CAT.	Registrare secondo la classificazione seguente:	
	1. infermiere-a	1.1 infermiere-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; 3.3 anestesista/rianimatore; 3.5 altro.
	4. altro operatore sanitario	4.1 terapeuta (fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, ed. professionale); 4.2 tecnico (TSRM); 4.3. altro (dietista, psicologo, operatore sociale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali).
CONTA	Registra il numero di operatori sanitari osservati, appartenenti a una stessa categoria professionale (codice uguale), man mano che entrano nel campo di osservazione. Si indicano con il simbolo "I"	
OPPORTUNITÀ	Viene definita come presenza di almeno un'indicazione all'igiene delle mani.	
INDICAZIONE	pr-cont: prima di un contatto con il paziente (gesti di cortesia e di comfort; contatto diretto, supporto e igiene; visita clinica); pr-asep: prima di una manovra pulita/asettica (contatto con: membrane e mucose, cute non integra, presidi medici); dp-fluid: dopo esposizione a liquidi biologici (c.s. incluso contatto con campioni clinici, operazioni di pulizia accurata); dp-cont: dopo un contatto con il paziente (dopo gesti di cortesia e di comfort; contatto diretto, visita clinica, etc.). dp-circ: dopo un contatto con l'ambiente che circonda il paziente (e.g.: cambio lenzuola, modifica velocità infusione, regolare spondina del letto, pulire il comodino, etc.).	
AZIONE	Indica cosa è stato fatto in risposta a 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 igiene mediante il lavaggio con acqua e sapone.	Nulla: quando non viene effettuata nessuna azione.

	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI SCHEDE DI OSSERVAZIONE E DI CALCOLO	CDC_MOD_oss
		pagina 3 di 4

SCHEDA DI CALCOLO (ANALISI PER CATEGORIA PROFESSIONALE OMOGENEA)

UNITÀ OPERATIVA/E ESAMINATA/E	
OSSERVATORE/I (INIZIALI)	
PERIODO	
SESSIONE/I N. _____	

SESSIONE/I 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	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

- 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.
- Calcola la somma delle opportunità e la somma delle azioni lungo la riga per ottenere la somma totale per ogni sessione.
- 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 (ultima riga).
- 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".

	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI SCHEDE DI OSSERVAZIONE E DI CALCOLO	CDC_MOD_oss pagina 4 di 4
--	--	---

SCHEDA DI CALCOLO OPZIONALE (ANALISI PER SINGOLA INDICAZIONE)

UNITÀ OPERATIVA/E ESAMINATA/E	
OSSERVATORE/I (INIZIALI)	
PERIODO	
SESSIONE/I 	

SESSIONE/I N. _____	Indicazione di igiene delle mani									
	pr-cont		pr-asep		dp-fluid		dp-cont		dp-circ	
	N.	AZIONE	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 e copia la somma delle indicazioni e delle corrispondenti azioni per ogni sessione 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.
- N.B.** 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 a ogni tipo di indicazione.

REGIONE
LAZIO

1	DATA DI COMPILAZIONE (GG/MM/AAAA)		___ / ___ / ____	
2	STRUTTURA		CdC AUXOLOGICO ROMA - BUON PASTORE	
3	REPARTO/AMBULATORIO			
4	SESSO	☐ F ☐ M	5	ETÀ (NN)
6	ANZIANITÀ LAVORATIVA (NN)			
7	QUALIFICA		☐ Infermiera/e ☐ Ostetrica/o ☐ Medico ☐ Studente medicina ☐ Terapista della Riabilitazione ☐ Altro (specificare) _____	
8	AREA ASSISTENZIALE		☐ RSA, B ☐ RSA, C ☐ NARI ☐ Riabilitazione intensiva ☐ Lungodegenza medica ☐ Operatore socio-sanitario ☐ Studente scienze infermieristiche/ostetriche ☐ Specialista in formazione ☐ Personale ausiliario	
9	NEGLI ULTIMI TRE ANNI SEI STATO FORMATO SULL'IGIENE DELLE MANI?		☐ Sì ☐ NO	
10	USI REGOLARMENTE SOLUZIONI A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?		☐ Sì ☐ NO	
11	QUALE, FRA QUELLE ELENcate, È LA PRINCIPALE VIA DI TRASMISSIONE FRA I PAZIENTI DI MICRORGANISMI POTENZIALMENTE PERICOLOSI? (barrare una sola risposta)		a) ☐ le mani degli operatori quando non sono pulite b) ☐ l'aria che circola nell'ambiente c) ☐ l'esposizione del paziente a superfici contaminate (a es.: letti, sedie, tavoli, pavimento) d) ☐ 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) ☐ l'acqua utilizzata nella struttura b) ☐ l'aria circolante nell'ambiente c) ☐ i microrganismi già presenti sulla cute o all'interno del paziente d) ☐ l'ambiente ospedaliero (superfici)	
13	IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI AL PAZIENTE?		a) ☐ prima di toccare il paziente b) ☐ subito dopo l'esposizione a liquidi biologici c) ☐ dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente d) ☐ subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica	



14	IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI ALL'OPERATORE SANITARIO?	a) ☐ dopo aver toccato il paziente b) ☐ subito dopo l'esposizione a liquidi biologici c) ☐ subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica d) ☐ dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente
15	QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI RELATIVE ALLA FRIZIONE CON SOLUZIONI A BASE DI ALCOL E AL LAVAGGIO DELLE MANI CON ACQUA E SAPONE È CORRETTA?	a) la frizione è più rapida del lavaggio ☐ VERO ☐ FALSO b) la frizione causa irritazione cutanea più frequentemente rispetto al lavaggio ☐ VERO ☐ FALSO c) la frizione è più efficace contro i microrganismi rispetto al lavaggio ☐ VERO ☐ FALSO d) lavaggio e frizione devono essere praticati in sequenza ☐ VERO ☐ FALSO
16	QUAL È IL TEMPO MINIMO PERCHÉ LA FRIZIONE CON SOLUZIONI A BASE DI ALCOL SIA EFFICACE CONTRO I MICRORGANISMI? (barrare una sola risposta)	a) ☐ 20 SECONDI b) ☐ 3 SECONDI c) ☐ 1 MINUTO d) ☐ 10 SECONDI
17	QUAL È IL METODO PER L'IGIENE DELLE MANI PIÙ ADATTO NELLE SEGUENTI SITUAZIONI?	a) Prima della palpazione dell'addome ☐ Frizione ☐ Lavaggio ☐ Nessuno b) Prima di praticare una iniezione ☐ Frizione ☐ Lavaggio ☐ Nessuno c) Dopo aver svuotato una padella ☐ Frizione ☐ Lavaggio ☐ Nessuno d) Dopo aver rimosso i guanti monouso ☐ Frizione ☐ Lavaggio ☐ Nessuno e) Dopo aver rifatto il letto del paziente ☐ Frizione ☐ Lavaggio ☐ Nessuno f) Dopo contaminazione visibile con sangue ☐ Frizione ☐ Lavaggio ☐ Nessuno
18	QUALE CONDIZIONE/COMPORTAMENTO AUMENTA LA PROBABILITÀ DI COLONIZZAZIONE DELLA CUTE DELLE MANI CON MICRORGANISMI PERICOLOSI?	a) Indossare gioielli ☐ Sì ☐ NO e) Cute danneggiata ☐ Sì ☐ NO f) Indossare unghie artificiali ☐ Sì ☐ NO g) Uso regolare di creme idratanti ☐ Sì ☐ NO



Grazie per il suo tempo!



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Auxologico Roma Buon Pastore

ALLEGATO n. 1

Presentazione dei report di analisi dei dati

**1. Questionario sull'igiene delle mani
per operatori sanitari**

2. Studio osservazionale 2-5 maggio 2023

25 Luglio 2023



REGIONE
LAZIO



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Auxologico Roma Buon Pastore

1. Risultati del *Questionario per gli operatori sanitari*

5 maggio
2023



REGIONE
LAZIO

Caratteristiche generali dei partecipanti

- Numero totale di partecipanti: 127 su 162 (78,4%)
- Sesso:
 - Femmine: 75,6 %*
 - Maschi: 24,4 %*
- Età media:
 - 44,3 aa.*

D7. Qualifica

Qualifica	Numero (% partecipanti)
Infermiera/e	53 (41,8%)
OSS	43 (33,9%)
Personale tecnico sanitario della Riabilitazione	24 (18,9%)
Medico	3 (2,3%)
Altro opp. non indicato	4 (3,1%)

D8. Area Assistenziale

Area Assistenziale (partecipanti)	Numero (%)
U.O. Recupero e Riabilitazione funzionale	18 (14,2%)
U.O. Lungodegenza medica	21 (16,6%)
RSA, ed. B	24 (18,9%)
RSA, ed. C	26 (20,4%)
RSA intensiva (NARI)	16 (12,6%)
Servizio di Riabilitazione	22 (17,3%)

D9-10. Formazione sull'igiene delle mani e disponibilità di soluzione alcolica

- Formazione sull'igiene delle mani: 100%
- Usi regolarmente soluzioni a base alcolica per l'igiene delle mani?: 100%

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: 94,5%**
- 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: 74,8% (vs 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	91,4%	(%)
Subito dopo l'esposizione a liquidi biologici	(%)	97,6%
Subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica	97,6%	(%)
Dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente	(%)	45,7% (vs 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	84,3%	(%)
Subito dopo l'esposizione a liquidi biologici	48,0% (vs 56,7%)	(%)
Subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica	(%)	92,1%
Dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente	54,3% (vs 46,5%)	(%)

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	82,7%	(%)
La frizione causa irritazione cutanea più frequentemente rispetto al lavaggio	(%)	77,9%
La frizione è più efficace contro i microrganismi rispetto al lavaggio	67,8% (vs 63,8%)	(%)
Lavaggio e frizione devono essere praticati in sequenza	(%)	81,9%

D16. Qual è il tempo minimo perché la frizione con soluzione alcolica sia efficace contro i microrganismi?

- **20 secondi: 83,4% (vs 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	69,2% (vs 78,0%)	(%)	(%)
Prima di praticare una iniezione	75,6% (vs 80,3%)	(%)	(%)
Dopo aver svuotato una padella	59,0% (vs 48,0%)	(%)	(%)
Dopo aver rimosso i guanti monouso	70,9%	(%)	(%)
Dopo aver rifatto il letto del paziente	76,3% (vs 82,7%)	(%)	(%)
Dopo contaminazione visibile con sangue	(%)	77,1% (vs 82,7%)	(%)

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	91,3%	(%)
Indossare unghie artificiali	96,8%	(%)
Uso regolare di creme idratanti	(%)	89,8%

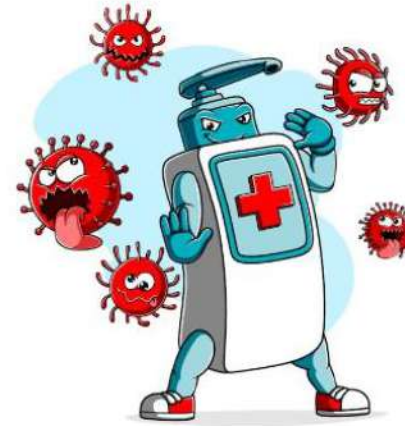
IMMAGINE «REMINDER» SCREENSAVER - DESKTOP

U.O. di LUNGODEGENZA MEDICA



Slide 15

**Ricorda:
Usa la soluzione alcolica**

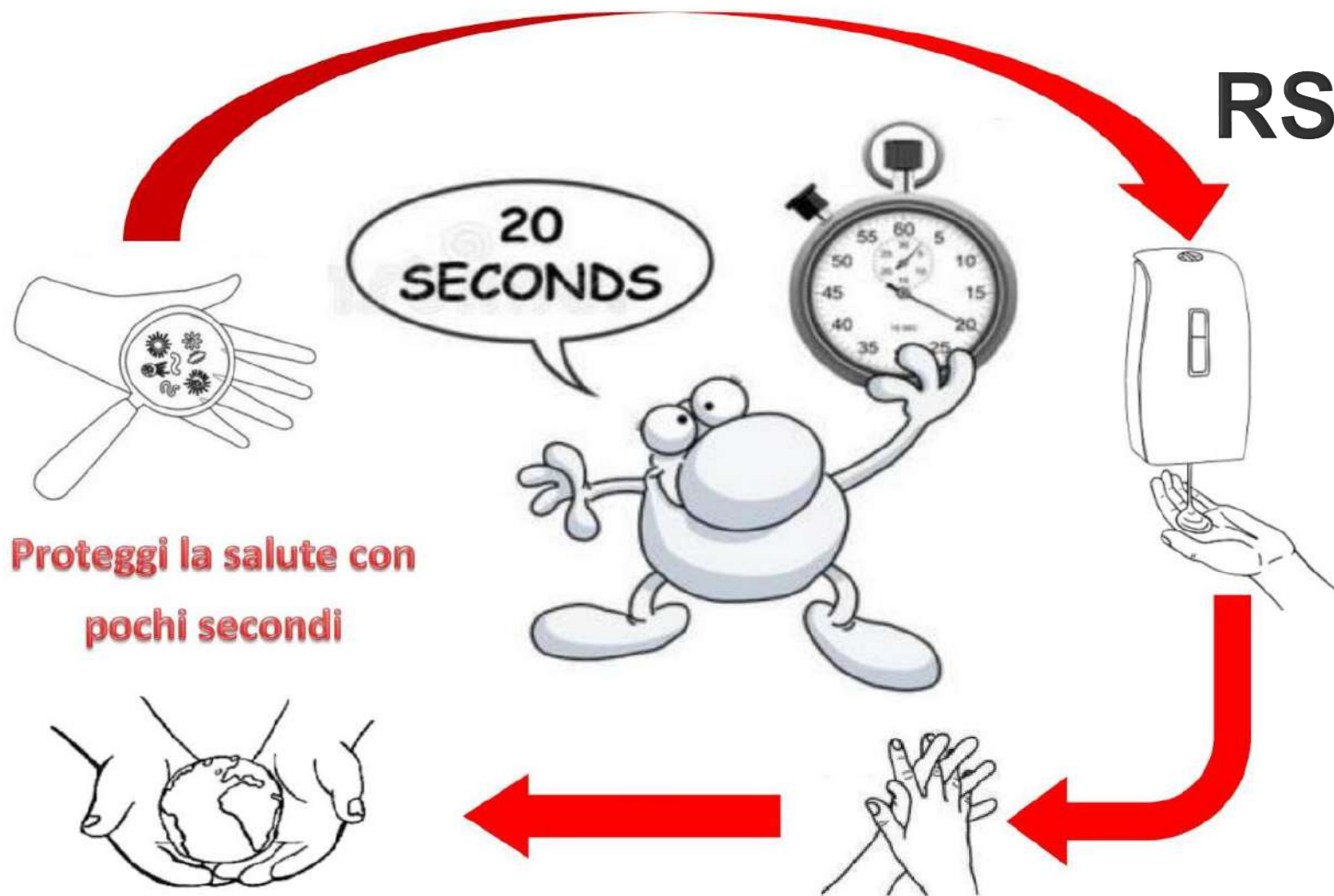


NARI

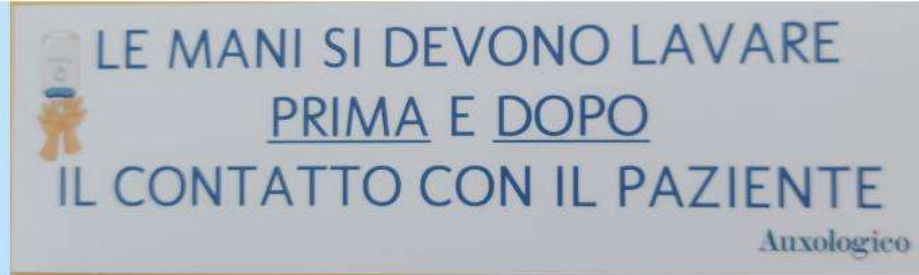


Slide 16

RSA «B»



Slide 17



A volte 20 secondi bastano per salvare la vita



RSA «C»

Slide 18

Risultati questionari per singolo Gruppo

GRUPPI	Questionari (n)	Punteggio totale	MEDIA (max. 25)	%
NARI	16	398	24,9	99,5%
RSA C	26	451	17,3	69,4%
LDG	21	372	17,7	70,9%
FKT	22	426	19,4	77,5%
RIAB	18	250	13,9	55,6%
RSA B	24	595	24,8	99,2%
TOT.	127	2377	18,7	74,9%

Slide 19



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES

Clean Your Hands

Auxologico Roma Buon Pastore

Presentazione dei report di analisi dei dati

2. Studio osservazionale 2-5 maggio 2023

Luglio 2023



REGIONE
LAZIO

ADESIONE AI 5 MOMENTI DELL'IGIENE DELLE MANI analisi per gruppi di osservazione (UU.OO.)

U.O.	OPP.	FRIZ.	LAV.	TOT. %	MISSING*	TOT. %
RSA B	81	54	0	66,7%	27	33,3%
RSA C	97	64	1	66,0%	32	33,0%
NARI	95	79	0	83,2%	16	16,8%
SUBTOT.	273	197	1	72,2%	75	27,5%
RIAB	50	20	5	50,0%	25	50,0%
LDG	59	42	0	71,2%	17	28,8%
SUBTOT.	109	62	5	61,5%	42	38,5%
TOTALE	382	259	6	69,4%	117	30,6%

*AZIONI NON PRATICATE

Slide 21

ADESIONE AI 5 MOMENTI DELL'IGIENE DELLE MANI
analisi per categoria di operatore

PROFESSIONE	OPP.	FRIZ.	LAV.	TOT. %	MISSING	TOT. %
MEDICO	42	32	1	78,6%	9	21,4%
INFERMIERE	171	123	1	72,5%	47	27,5%
OSS	133	80	4	63,2%	49	36,8%
PSTR	36	24	0	66,7%	12	33,3%
TOTALE	382	259	6	69,4%	117	30,6%

*AZIONI NON PRATICATE

Slide 22

ADESIONE AI 5 MOMENTI DELL'IGIENE DELLE MANI analisi per tipologia di indicazione/opportunità/azione

PR-CONT	PR-ASEP	DP-FLUID	DP-CONT	DP-CIRC	TOTALE	GENERALE
160	30	37	135	56	418	
38,3%	7,2%	8,9%	32,3%	13,4%	100,0%	
PR-CONT	PR-ASEP	DP-FLUID	DP-CONT	DP-CIRC	TOTALE	MISSING
43	8	7	33	25	116	
37,1%	6,9%	6,0%	28,4%	21,6%	100,0%	

Slide 23

STUDIO OSSERVAZIONALE: IGIENE DELLE MANI

criticità riscontrate

3	☒ pr-cont	☒ frizione
	☒ pr-asep	☐ lavaggio
	☐ dp-fluid	
	☒ dp-cont	☐ nulla
	☐ dp-circ	

1	☒ pr-cont	☒ frizione
	☒ pr-asep	☐ lavaggio
	☐ dp-fluid	
	☒ dp-cont	☐ nulla
	☐ dp-circ	

6	☒ pr-cont	☒ frizione
	☒ pr-asep	☐ lavaggio
	☒ dp-fluid	
	☐ dp-cont	☐ nulla
	☐ dp-circ	

1	☒ pr-cont	☒ frizione
	☒ pr-asep	☐ lavaggio
	☐ dp-fluid	
	☐ dp-cont	☐ nulla
	☐ dp-circ	

PROF. CAT.	TERAPISTI
CODICE	4.1
CONTA (I)	

Slide 24

Regione Lazio
DIREZIONE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044

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

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE

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

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Slide 25

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044

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

C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani

NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale

C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30



Slide 26

Prevenzione delle infezioni nel paziente anziano istituzionalizzato

TAVOLA ROTONDA

**Approcci di successo
in tema di gestione
del rischio infettivo
nelle strutture residenziali**

**L'esperienza della Casa di Cura e RSA
AUXOLOGICO ROMA - BUON PASTORE**

Dr. Enrico Rosati



Roma, 18 dicembre 2023



n. 200 dispenser per ciascun posto letto

Sono stati collocati n. 200 dispenser
Tork® *Alcohol Liquid Hand Sanitizer*

di soluzione biocida disinfettante a base
alcoolica (etanolo > 75%) per l'igiene delle
mani, con un sistema "a cartucce" (per evitare
contaminazioni da rabbocchi o travasi), per ogni
punto di assistenza LEGGASI posto letto
dell'intera struttura.

.... oltre a ulteriori n. 50 dispenser tradizionali
distribuiti lungo i corridoi delle aree di degenza
e nelle aree comuni dedicate all'utenza esterna.

LE MANI SI DEVONO LAVARE
PRIMA E DOPO
IL CONTATTO CON IL PAZIENTE

Come lavarsi le mani con acqua e sapone?

LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!

Durata dell'intera procedura: 40-60 secondi

1. Bagna le mani con l'acqua
2. applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani
3. friziona le mani palmo contro palmo
4. il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro o viceversa
5. palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro
6. dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro
7. frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa
8. frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa
9. Risciacqua le mani con l'acqua
10. asciuga accuratamente con una salvietta monouso
11. usa la salvietta per chiudere il rubinetto

...una volta essuite, le tue mani sono sicure.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY WHO acknowledges the Italian University of Genoa (IUG), in particular the members of the Italian Control Programme, for their active participation in developing this material. October 2005, version 1.

World Health Organization

Come frizionare le mani con la soluzione alcolica?

USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI! LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!

Durata dell'intera procedura: 20-30 secondi

- 1a. Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.
- 1b. frizionare le mani palmo contro palmo
2. frizionare le mani palmo contro palmo
3. il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro o viceversa
4. palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro
5. dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro
6. frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa
7. frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa
8. ...una volta essuite, le tue mani sono sicure.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY WHO acknowledges the Italian University of Genoa (IUG), in particular the members of the Italian Control Programme, for their active participation in developing this material. October 2005, version 1.

World Health Organization

I 5 momenti fondamentali per L'IGIENE DELLE MANI

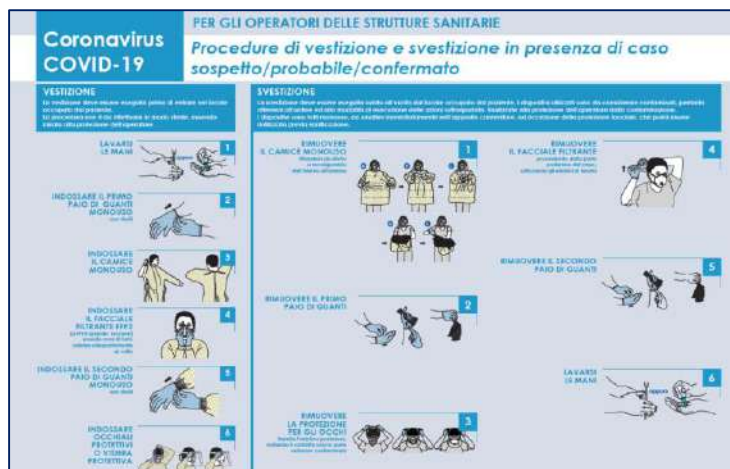
1. PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE
2. PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA
3. DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO
4. DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE
5. DOPO IL CONTATTO CON OGGIO CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE

	QUANDO?	PERCHÉ?
1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre è assistito.	PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni presenti sulle tue mani.
2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica.	PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.
3 DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido biologico (o dopo aver indossato i guanti).	PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.
4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o reale immediato ambiente del paziente (escluso dalla stanza).	PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.
5 DOPO IL CONTATTO CON OGGIO CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani quando esiti dalla stanza dopo aver fornito qualsiasi oggetto o servizio nella immediata vicinanza di un paziente, anche se assistito da un caregiver dedicato con il paziente.	PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.

WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY WHO acknowledges the Italian University of Genoa (IUG), in particular the members of the Italian Control Programme, for their active participation in developing this material. October 2005, version 1.

World Health Organization

n. 50 POSTER in forex (100 cm x 70 cm)
collocati su tutti i piani di degenza dei edifici del Complesso



24,2
(2023)
It/1.000 gg. di deg.

n. 50 POSTER in forex (100 cm x 70 cm)
distribuiti su tutti i piani di degenza dei 3 edifici del Complesso

Auxologico
Roma Buon Pastore

Casa di Cura «Auxologico Roma – Buon Pastore»
29 aprile 2022 – 2 maggio 2022

Corso di formazione per Formatori e Osservatori sulla pratica dell'igiene delle mani tra operatori sanitari

NB: Il materiale presentato è stato tradotto da documenti OMS e adattato 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>



REGIONE
LAZIO

1° CORSO di Formazione dei Formatori e degli Osservatori



Auxologico Roma Buon Pastore

28 dicembre 2022 e 11 gennaio 2023

**Corso di formazione base
sul rischio clinico, sul rischio occupazionale
e sulla promozione degli stili di vita.**

FOCUS

**Rischio infettivo e Pratica dell'igiene delle mani
Prevenzione e gestione delle cadute della persona assistita**

**Formazione
costante
degli operatori
sul tema
del rischio clinico
e del contrasto
alle ICA**



**1° studio osservazionale
sui «5 momenti dell'Igiene delle mani»
eseguito dagli infermieri «osservatori» formati in sede
+ nuova somministrazione del Questionario
agli operatori sanitari**

Anxologico	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI SCHEDE DI OSSERVAZIONE E DI CALCOLO	cdc_1100_00 pagina 1 di 4
------------	--	----------------------------------

UNITÀ OPERATIVA	SESSIONE N. / SCHEDA N.	
EDIFICIO, PIANO	DATA	
OSSERVATORE (CODICE)	INIZIO/FINE	
CONTA TI	DURATA SESSIONE (minuti)	

[illegible]

N.B. L'USO DEI GUANTI NON MODIFICA NÉ SOSTITUISCE LE INDICAZIONI PER L'IGIENE DELLE MANI ("5 MOMENTI")

Questionario per gli operatori sanitari

 		REGIONE LAZIO	
1	DATA DI COMPILAZIONE (GG/MM/AAAA)		____/____/____
2	STRUTTURA		
3	REPARTO/AMBULATORIO		
4	SEXO ☐ F ☐ M	5	ETÀ (AN)
6	ANZIANITÀ LAVORATIVA (AN)		
7	QUALIFICA ☐ Infermiera/e ☐ Ostetrica/o ☐ Medico ☐ Studente medicina ☐ Tecnica della riabilitazione ☐ Altro (specificare) _____ ☐ Operatore socio-sanitario ☐ Studente scienze infermieristiche/ostetriche ☐ Specialista in formazione ☐ Personale ausiliario		
8	AREA ASSISTENZIALE ☐ RSA, B ☐ RSA, C ☐ NARI ☐ Riabilitazione intensiva ☐ Lungodegenza medica ☐ Servizio di Riabilitazione		
9	NEGLI ULTIMI TRE ANNI SE STATO FORMATO SULL'IGIENE DELLE MANI		
10	USI REGOLARMENTE SOLUZIONI A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?		
11	QUALE, TRA QUELLE ELENCATE, È LA PRINCIPALE VIA DI TRASMISSIONE FRA I PAZIENTI DI MICROORGANISMI POTENZIALMENTE PERICOLOSI? (barriare una sola risposta)		
12	QUALE LA SORGENTE PIÙ FREQUENTE DI MICROORGANISMI RESPONSABILI DI ICA? (barriare una sola risposta)		
13	IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICROORGANISMI AL PAZIENTE?		



World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Clean Your Hands

Auxologico Roma Buon Pastore

Presentazione dei report di analisi dei dati

1. Questionario sull'igiene delle mani per operatori sanitari

2. Studio osservazionale 2-5 maggio 2023

25 Luglio 2023

REGIONE
LAZIO

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".

C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani

NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale

C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30



Auxologico
Roma Buon Pastore



PROTOCOLLI SANITARI STANDARD

CASA DI CURA
"AUXOLOGICO ROMA - BUON PASTORE"

*Clinical Risk Management
Sistema di Gestione della Qualità*

Edizione n. 1 - 09/2022

Handbook

Protocolli sanitari standard

Per ciascuno dei 41 protocolli inseriti nell'handbook, suddivisi in 6 capitoli, si riportano, contrassegnati dal relativo simbolo grafico:



OBIETTIVO



PRESIDI DA UTILIZZARE



PROTOCOLLO

e, per alcuni protocolli, anche specifiche:



AVVERTENZE.

In conclusione, il rischio zero è un obiettivo oggettivamente non raggiungibile ma a cui questa organizzazione sanitaria deve ineluttabilmente tendere attraverso la riduzione dei potenziali rischi clinici e minimizzando gli eventuali danni nel processo di erogazione di assistenza e cura: nel solco di questa precisa direttiva tracciata dal CC-ICA, la standardizzazione delle procedure rappresenta, senza alcun dubbio, un'arma preziosa quanto irrinunciabile per il perseguimento di tale scopo.

Auxologico
Roma Buon Pastore



PROTOCOLLI SANITARI STANDARD

CASA DI CURA
"AUXOLOGICO ROMA - BUON PASTORE"

*Clinical Risk Management
Sistema di Gestione della Qualità
Edizione n. 1 - 09/2022*

Handbook

Protocolli sanitari standard

41 protocolli tra cui:

- Gestione del catetere venoso periferico
- Medicazione della ferita chirurgica
- Medicazione del drenaggio tubulare
- Cateterismo urinario
- Rimozione del cateterismo vescicale
- Medicazione della colostomia
- Medicazione dell'urostomia
- Esecuzione dell'emocoltura
- Esecuzione dell'urinocoltura
- Svuotamento e smaltimento sacche di raccolta
- ...

Auxologico
Roma Buon Pastore



PROTOCOLLI SANITARI STANDARD

CASA DI CURA
"AUXOLOGICO ROMA - BUON PASTORE"

Clinical Risk Management
Sistema di Gestione della Qualità
Edizione n. 1 - 09/2022

Handbook

Protocolli sanitari standard

La dicitura «**igiene delle mani**» ricorre nel testo per ben
87 volte

Da pag. 5 del Manuale tascabile:

«**N.B.** Per la procedura sulle corrette modalità dell'igiene delle mani occorre far riferimento ai seguenti documenti:

- Protocollo sulla corretta igiene delle mani (CDC_PRT_man);
- Istruzione operativa "Lavaggio delle mani" (IOS 06) – Sicurezza sui luoghi di lavoro ex D. LGS n. 81/2008.
- Piano aziendale di azione locale sull'igiene delle mani.
- Brochure "Igiene delle mani: quando, come e perché?" (a cura dell'OMS), consegnata a tutti gli operatori sanitari, socio-sanitari e al personale neoassunto della Casa di Cura e della RSA».

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		LUNGO DEGENZA		NARI		RSA, ED. B		RSA, ED. C	
☐		☐		☐		☐		☐	
INIZIALI PZ.	N° RIC.	N° LETTO	DATA INIZIO RICOVERO	PRESENTE ICA? ^{NOTA1}		PRESENTE ICA ASSOCIATA A DISPOSITIVO? ^{NOTA2}			
				SI ☐ NO ☐		SI ☐ NO ☐			
INFEZIONE PRESENTE AL MOMENTO DEL RICOVERO?				DATA INSORGENZA ^{NOTA3}		ORIGINE DELL'INFEZIONE			
SI ☐ NO ☐						☐ REPARTO ATTUALE ^{NOTA4} ☐ IN UN ALTRO OSPEDALE ☐ ALTRA ORIGINE (SCONOSCIUTA/ALTRO/NON NOTO)			
SEGNALI E SINTOMI DI INFEZIONE ERANO PRESENTI AL MOMENTO DELL'INIZIO DEL RICOVERO IN CD/C/RSA?; SE NO, RIPORTARE LA DATA DI INSORGENZA DELL'INFEZIONE → → →									
DISPOSITIVO RILEVANTE IN SITU	INTUBAZIONE		CATETERE VASCOLARE (CENTRALE/PERIFERICO)		CATETERE URINARIO		COD. INFEZIONE/I (VEDI ECDC CODEBOOK ^{NOTA5})		
	SI ☐	NO ☐	SI ☐	NO ☐	SI ☐	NO ☐			
ISOLAMENTO GERME/I	EMOCOLTURA	URINOCOLTURA	COPROCOLTURA	TAMPONE VIE RESPIRATORIE	TAMPONE RETTALE (XDR)	ALTRO ISOLAMENTO (SPECIFICARE)			
	☐	☐	☐	☐	☐				
DATA ESECUZIONE									
GERME/I									
ISOLATO/I									
Max. 3, CODICE VED. ECDC CODEBOOK. INDICARE, SE NOTO, GENOTIPO CRP/CR (CRP, VIM, IMP, NOM, OXA-48, KPC)									
TERAPIA ANTIBIOTICA/ANTIMICROBICA ^{NOTA6}									
NOME GENERICO E COMMERCIALE (NO COD. ATC)			VIA DI SOMMIN. *	DATA INIZIO	DOSE/UNITÀ AL GIORNO (DD)				

*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 (PSSI) and antimicrobial use in European acute-care hospitals, protocol version 5.3, 2016-2017. Stockholm: ECDC, 2016 (fonte: <https://www.ecdc.europa.eu/en/files/default-source/surveys/healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-3>, ultimo accesso: 25.11.2022).

«Consueto» Studio di prevalenza puntuale annuale sulla rilevazione delle ICA con la Scheda «ECDC modificata»

Punto 4. Monitoraggio delle ICA. Indagine di prevalenza puntuale delle ICA: modalità operative per lo svolgimento della rilevazione e individuazione delle giornate indice. Per quanto attiene la programmazione di un'indagine di prevalenza puntuale delle ICA nella Casa di Cura e nella RSA (attività/obiettivo pf. A7.2 – n. 2 del PARS 2023), il CRM evidenzia che, per lo studio osservazionale proposto, si potrà impiegare la scheda di segnalazione delle ICA, modificata e adattata a partire dal protocollo (versione 5.3) dell'European Center for Diseases prevention and Control (ECDC), utilizzata anche in occasione delle precedenti rilevazioni (allegato n. 5, di pag. 2).

Il CRM invita poi tutti i partecipanti a rivedere i contenuti del materiale didattico propedeutico già elaborato e disponibile sulla piattaforma intranet aziendale. Il Comitato stabilisce che l'indagine verrà essere eseguita nei giorni indice mercoledì 22 e giovedì 23 novembre 2023.

Estratto dal Verbale del CC-ICA (IV seduta annuale 2023)

Monitoraggio microrganismi resistenti
(«germi alert» - MRSA, comprese le emocolture CRE
e la sorveglianza con tampone rettale XDR),
oltre all'ordinaria attività di notifica ex DM 15/12/1990

RILEVAZIONE MICRORGANISMI RESISTENTI	REPARTO	RSA - NARI	ANNO	gennaio- dicembre 2020
Numero di isolati per specie batterica (da emocoltura). Indicare per il periodo di riferimento il numero di primi isolati per ricovero/paziente (escludere gli isolamenti ripetuti nell'ambito dello stesso ricovero). 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.				
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 (KPC/CPE)				
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> MDR	29/01/2020 21/02/2020			
<i>Staphylococcus aureus</i> meticillina 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. L0884417 del 15.10.2020.

RILEVAZIONE MICRORGANISMI RESISTENTI (TAMPONE RETTALE, XDR)	REPARTO	LUNGO DEGENZA MEDICA	ANNO	gennaio- dicembre 2020
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	10.01.2020 2019-1015	11.04.2020 2019-1037		
<i>Klebsiella pneumoniae</i> produttrice di carbapenemasi (KPC) - gengiù	22.01.2020 2020-46	06.02.2020 2020-18	22.02.2020 2020-97	09.03.2020 2020-76
<i>Klebsiella pneumoniae</i> produttrice di carbapenemasi (KPC) - giu-dic	19.06.2020 2020-340	24.06.2020 2020-337	01.07.2020 2020-355	11.07.2020 2020-310
<i>Citrobacter freundii</i> (Carbapenemasi tipo VIM)	09.05.2020 2019-1092		15.07.2020 2020-363	28.08.2020 2020-358

N.B. Secondo la Circolare del Ministero della Salute 26.02.2013 "Sorveglianza e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)" sono stati sottoposti a screening specifico tramite tampone rettale i pazienti precedentemente identificati come colonizzati o infetti che vengono nuovamente ricoverati in ospedale".

SEZIONE SOSTITUTO RICOVERO
ASL ROMA 1

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

NOME DELLA STRUTTURA CHE COMPILA IL QUESTIONARIO
CASA DI CURA "AUXOLOGICO ROMA - BUON PASTORE" (COD. MIN. 120 301)

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

A4.1 Ricognizione dei laboratori 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 (US) utilizzato per gestire le analisi microbiologiche

DNLab Noemalife

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

Prof. Maurizio SANGUINETTI, tel. 06.3015.4218
e-mail: maurizio.sanguinetti@policlinicogemelli.it

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.)

No. Attiva convezione (service) con Policlinico "A. Gemelli" IRCCS.

Nel caso in cui il laboratorio non abbia la microbiologia o invii i campioni in servizio ad altro centro, si prega di indicare

Istituto Policlinico Universitario "A. Gemelli" IRCCS, Dto di Scienze di Laboratorio e Infettivologiche, Microbiologia e Virologia

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

Autonomo

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

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

ASL Roma 1
Borgo S. Spirito, 1
00152 Roma

t +39 06 6851
www.aslroma1.it
p. fax 3664791004



CASA DI CURA "AUXOLOGICO ROMA - BUON PASTORE" (COD. MIN. 120 301)

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI EVENTO INFETTIVO DEI PAZIENTI DESENTI NELLA C/C/OSPTI RSA/NARI
AL GIORNO DEL DM 15-12-1990 E SCAMIA E R.

UNITA OPERATIVA: _____ N° CARTELLA CLINICA: _____

COGNOME: _____ NOME: _____ DATA DI NASCITA: _____

SESSO: ☐ MASCHILE ☐ FEMMINILE DATA INIZIO RICOVERO: _____ DATA INSORBITA: _____ STANZA: _____

RESIDENZA DEL PAZIENTE _____
RACAPITI DEL PAZIENTE E/O DI UN SUO FAMILIARE _____

CARATTERISTICHE/SINTOMATOLOGIA DELL'EPISODIO INFETTIVO:

AGENTE INFETTIVO SOSPETTO/ISOLATO:

☐ NON ISOLATO ☐ ISOLATO/IDENTIFICATO

CRITERI DI DIAGNOSI:

☐ CLINICA ☐ SERIOLOGICA ☐ DIAGNOSTICA

VIA DI TRASMISSIONE: _____

MISURE DI CONTROLLO - FIDUCIARI ACQUISITE:

ISOLAMENTO ☐ STAGIONE/STRUTTURA ☐ STANZA/UNITA ☐ IN COORTE

ASSISTENTE PRELIEVO ☐ COME DA UTILIZZAZIONE OPERATIVA ☐ SI ☐ NO

PAZIENTE A RISCHIO (SOGGETTO A RISCHIO DI INFEZIONE, INFEZIONE)
PRESENZA DI ALTRI GDO SOSPETTITI (RICORRERE ALLA DATA CORONA)

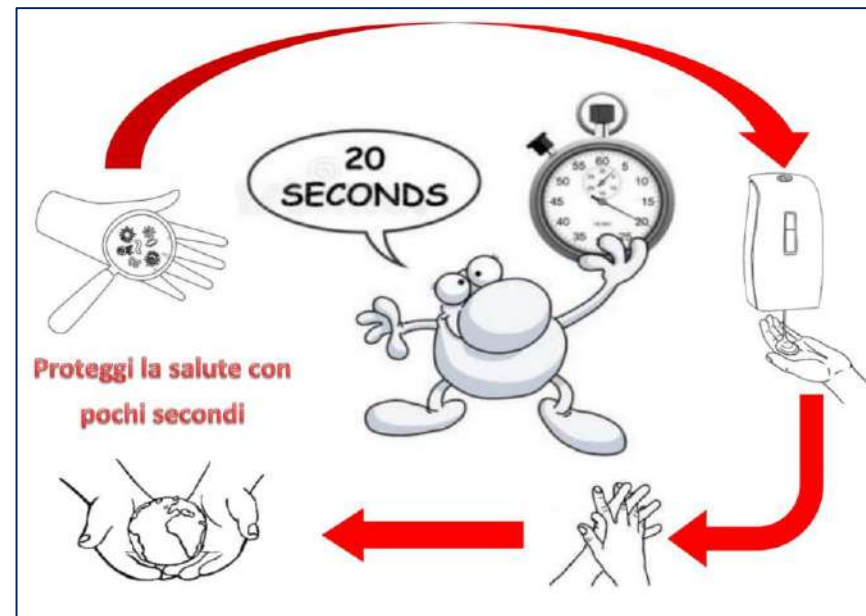
☐ NO ☐ SI (SPECIFICARE) _____

ALTRE OSSERVAZIONI - NOTE SULL'EVENTO

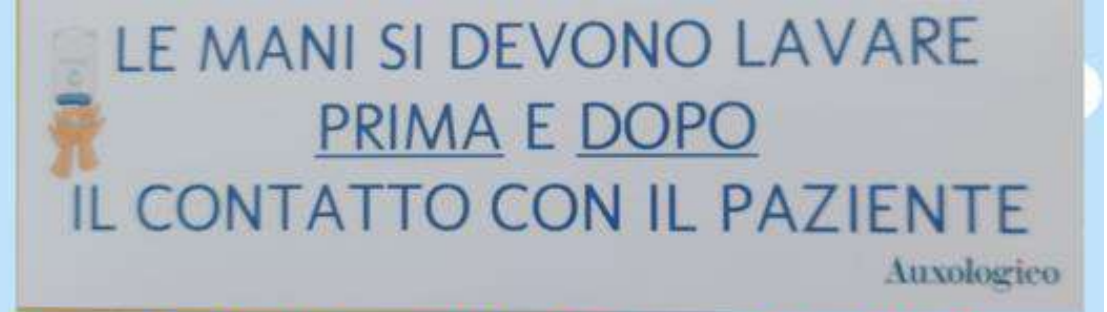
IL COORDINATORE INTERMEDICO _____ IL MEDICO _____

PER INFO VERIFICARE
IL DIRETTORE SANITARIO _____

CDL_MDC_108 DS/m Prima edizione: 05.10.2021



ATTIVITÀ DI GAMIFICATION



A volte 20 secondi bastano per salvare la vita



Manuale
antibiotici **AWaRe**
(Access, Watch, Reserve)
Edizione italiana del
"The WHO AWaRe Antibiotic Book"

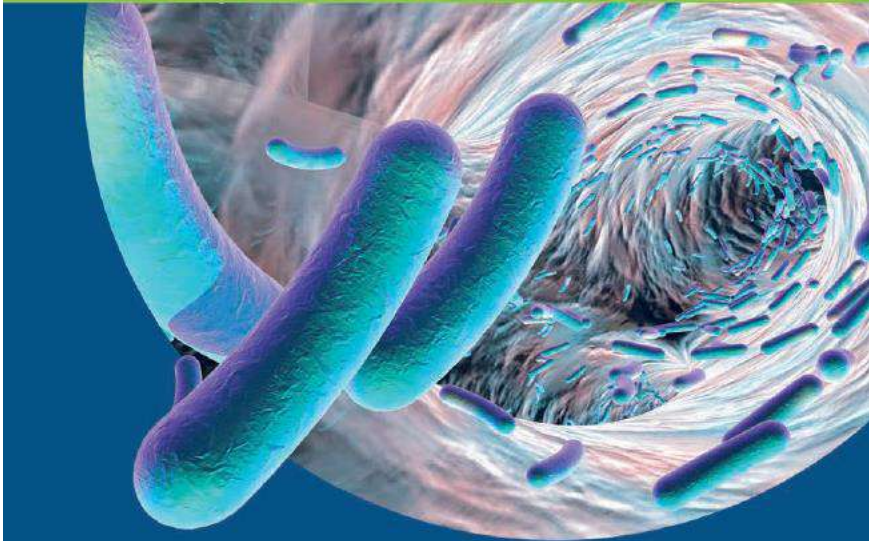


Nell'ambito del CC-ICA è attivo
un Programma permanente di
Antimicrobial Stewardship

Referente di progetto:
Dr.^{ssa} Anna Giuseppina Corvaglia,
Responsabile medico della RSA

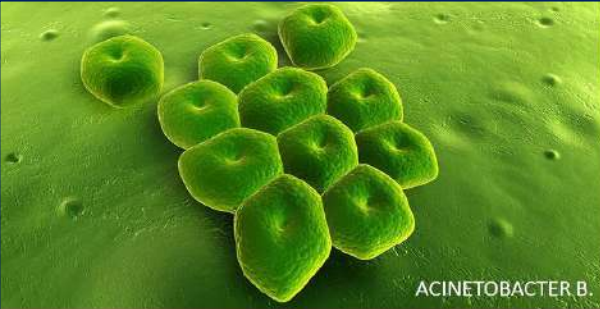
CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Informazioni per pazienti e familiari

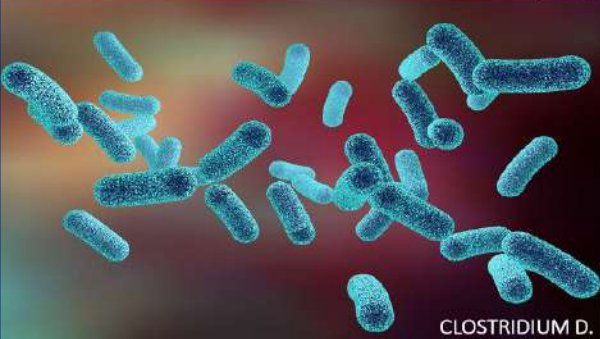


*Documento approvato dal Comitato clinico di Controllo
delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)
della Casa di Cura «AUXOLOGICO ROMA Buon Pastore»*

Auxologico



ACINETOBACTER B.



CLOSTRIDIUM D.

CONOSCKERLI DA VICINO
PER TENERLI LONTANO!

ACINETOBACTER & CLOSTRIDIUM

una coppia davvero opportunisti!

Sono microrganismi che possono essere trasmessi
da persona a persona
attraverso il **contatto diretto**.
Per prevenirne la diffusione
lavati **correttamente le mani**
con **acqua e sapone**
e cura le operazioni
di **igiene dell'ambiente**.



TRASMETTIAMO LE INFORMAZIONI,
PREVENIAMO LE INFEZIONI
Approvato dal Comitato di Controllo
delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA)

Auxologico



SEGNALETICA ALERT IN PROSSIMITÀ DEL POSTO LETTO PER MIGLIORARE LA SICUREZZA CLINICA DELLE CURE E DELL'ASSISTENZA



N.B. I COLORI INDICATI SONO
I MEDESIMI IN TUTTE LE UU.OO.
DELLA CASA DI CURA
E I NUCLEI DELLA RSA

APPROVATO DAL COMITATO CLINICO DI CONTROLLO
DI RISK MANAGEMENT E DELLE INFEZIONI
CORRELATE ALL'ASSISTENZA (CC-ICA)



**NUTRIZIONE ENTERALE
O PARENTERALE**



PATOLOGIA INFETTIVA NOTA
(HBV, HCV, HIV, etc.)



ISOLAMENTO • ISOLAMENTO A COORTE
PRECAUZIONI DA CONTATTO • DROPLET
(CDI, CRE, INFEZIONI TRASMISSIBILI, etc.)



ALLERGIA
INTOLLERANZA ALIMENTARE
(VITTO PERSONALIZZATO)



ALLERGIA
A FARMACI



DISFAGIA E/O DIFFICOLTÀ
ALIMENTAZIONE



DIABETE



BOX PEDAGOGICO

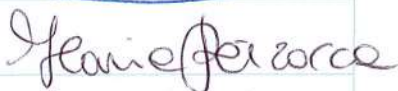
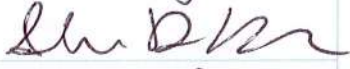
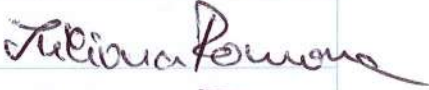
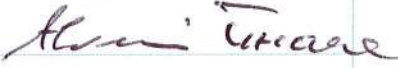
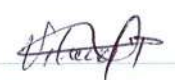
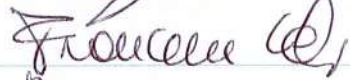
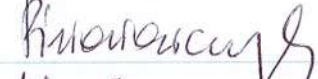
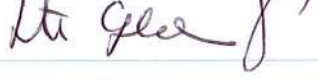
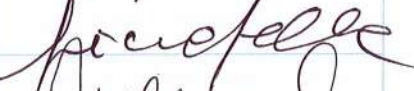
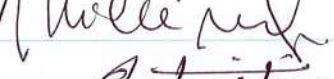
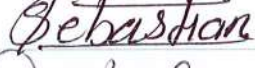
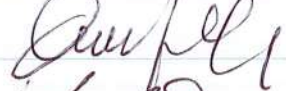
Destinato alla formazione per mostrare la corretta modalità di disinfezione delle mani. Utilizzando un disinfettante per le mani fluorescente (fluorescina), dopo lo sfregamento, le aree della cute che NON sono state coperte possono essere visualizzate con l'aiuto della tecnologia LED.



PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO FORMATIVO:

proiezione del video "Hand Hygiene" ("Igiene delle Mani")

elaborato dalla rivista scientifica internazionale *New England Journal Medicine (NEJM)*,
in lingua originale con sottotitoli in italiano.

COGNOME E NOME	QUALIFICA	DATA	FIRMA
MEU EMILIANO	OSS.	11/12/23	
PETROCCA ILIANA	INFERMIERA	11/12/23	
DINDESIDERIO ANORA	INFERMIERA	11-12-23	
ILIANA ROMONA	INFERMIERA	11/12/23	
ALUMMI TIZIANA	OSS	11-12-23	
TAMARIZ VILHA	INFERMIERA	11/12/23	
FEDERICA GUARBERARDINI	COORDINATORE	11/12/23	
^{MOLICE} D. ERMONEGILDO	OSS	11/12/23	
FRANCESCA CERCHI	INFERMIERA	11/12/23	
PIKOWARCYK MALGORZATA	INFERMIERA	11/12/23	
GIULIA SERRANTI	INFERMIERA	11/12/23	
SERENA SAPONCASA	INFERMIERA	11/12/23	
GIULIANA MARIELLO	FISIOTERAPISTA	11-12-23	
NILCE CARDOSO	OSS	11/12/23	
Bebastian	OSS	11/12/23	
CORVAGLIA ANNAC.	MEDICO RESPONSAB.	11-12-23	
ZICCHILIZ	INFERM.	12/12/23	
DI GIACOMO	OSS	12/12/23	

PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO FORMATIVO:

proiezione del video "Hand Hygiene" ("Igiene delle Mani")

elaborato dalla rivista scientifica internazionale *New England Journal Medicine (NEJM)*,
in lingua originale con sottotitoli in italiano.

COGNOME E NOME	QUALIFICA	DATA	FIRMA
Verzeshi R.B.	OSS	12/12/23	Elita Verzeshi
CANVAROLI AZZO PERI INF	INF	12/12/23	Canali Canali
DI NAURO MARIA MARGHERITA	INFERMIERA	21/12/23	Margherita Di Naurò
HAMBONI SERENA	OSS	21/12/23	Serena Hamboni
BRUNO FRANCESCA	INF.	21/12/23	Fra Bruno
LUNA GRACIELA	INFERMIERA	21/12/23	Gracia Luna
Romani Rina	ASSS	21-12-23	Romani Rina
FABIO BASSA	OSS	21-12-23	Fabio Bassa
SACERNO ANTONELLA	C.I.	21/12/23	Antonella Sacerno
PERINI MARTINA	INFERMIERA	22/12/23	Martina Perini
OSPINO SANDRA	OSS	22/12/23	Sandra Ospino
DECIBELLI WENDY	INFERMIERA	22-12-23	Wendy Decibelli
NICOTRA PAOLA	OSS	22-12-23	Paola Nicotra
Colombo Ruffi	inf.	4-1-24	Ruffi Colombo
ARIAS LORENA	O.S.S	1.1.24	Lorena Arias
CAVARELLI MASSIMO	INF	8/1/24	Massimo Cavarelli

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.

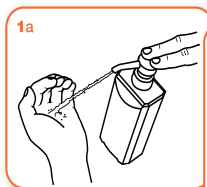
Come?

- 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!

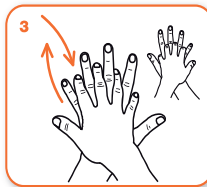
Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



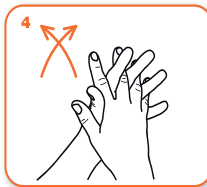
Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



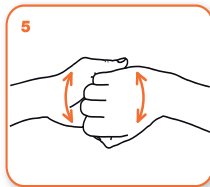
frizionare le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



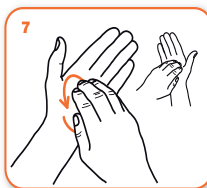
palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

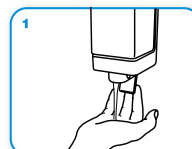
Come lavarsi le mani?

LAVALA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!

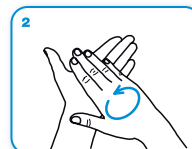
Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



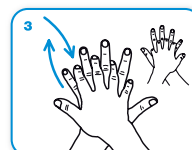
Bagna le mani con l'acqua



applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



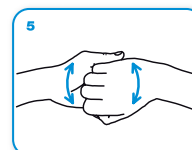
friziona le mani palmo contro palmo



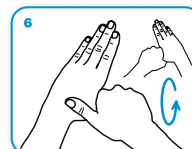
il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



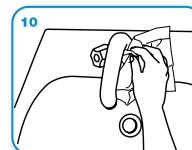
frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



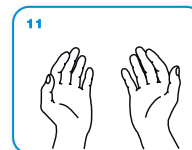
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

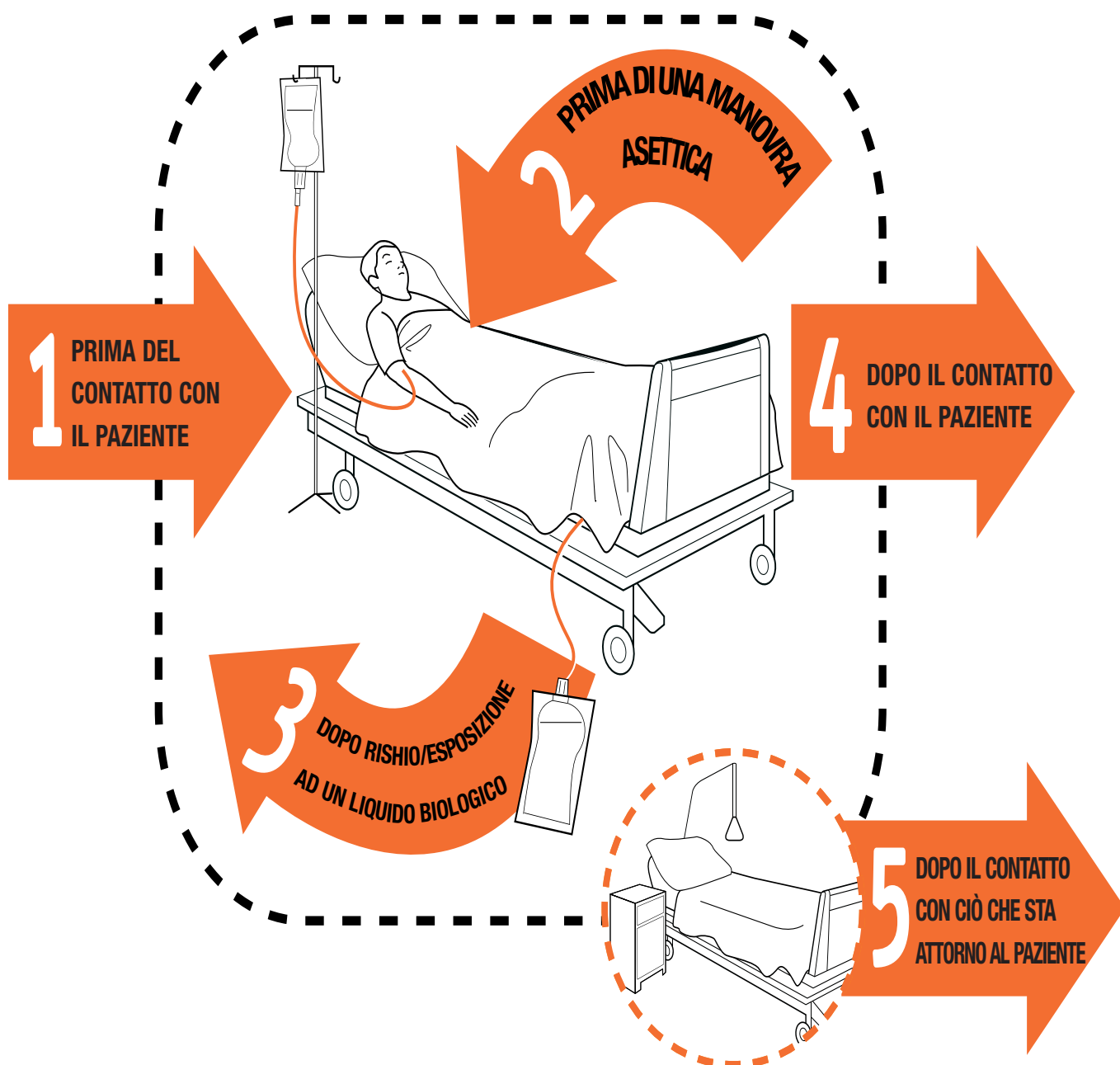
Ricorda

- 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*

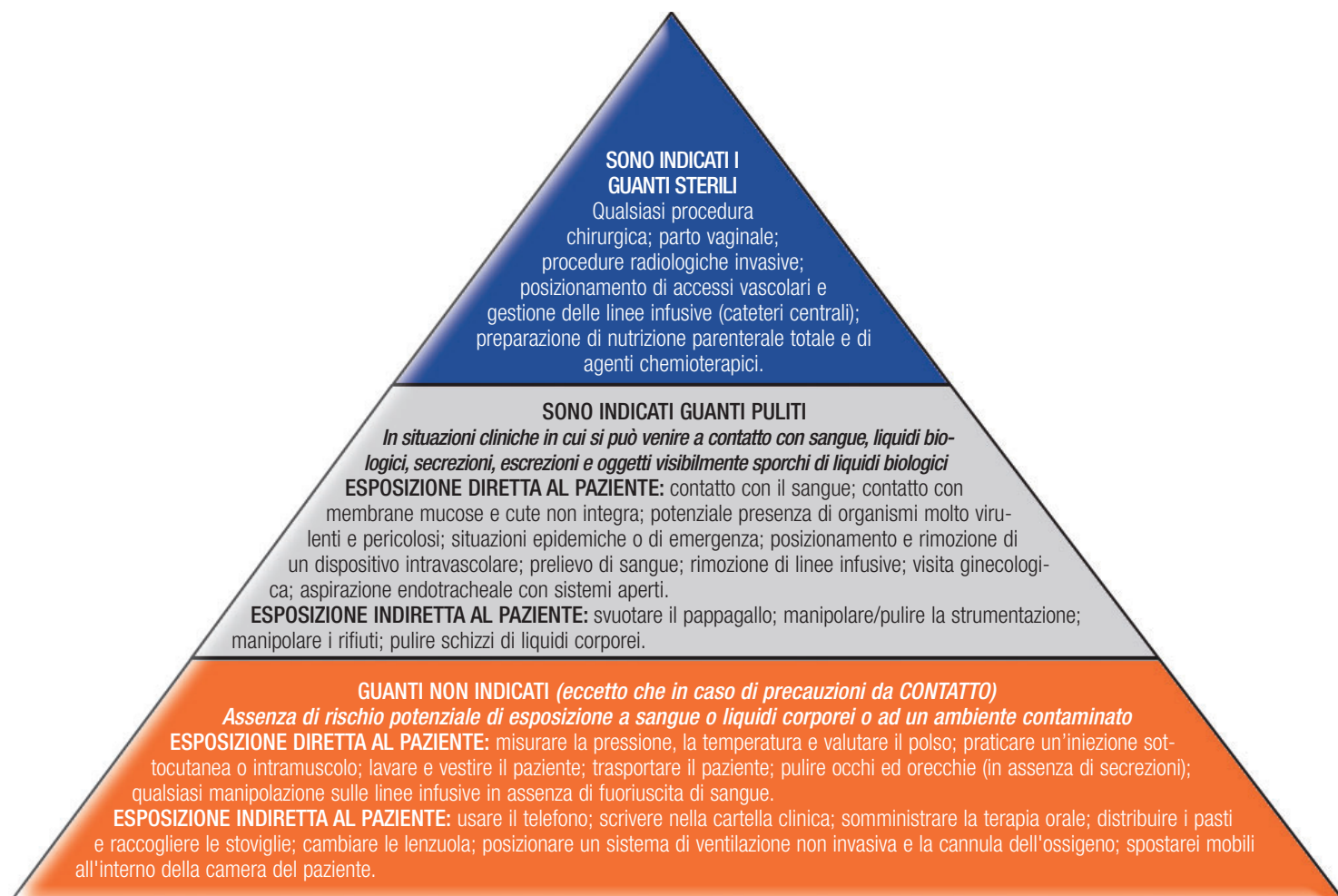


*L'igiene delle mani dev'essere praticata in tutte le occasioni indicate di seguito, indipendentemente dal fatto che vengano usati o meno i guanti.

1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente, mentre ti avvicini.* PERCHÈ? Per proteggere i pazienti nei confronti di germi potenzialmente patogeni presenti sulle tue mani.
ESEMPI: • Gestì di cortesia e conforto: stringere la mano, afferrare per il braccio • Contatto fisico diretto: aiutare un paziente a camminare, a lavarsi, eseguire un massaggio • Visita clinica: valutare il polso, misurare la pressione, auscultare il torace, palpare l'addome	
2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica.* PERCHÈ? Per proteggere i pazienti nei confronti di germi potenzialmente patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.
ESEMPI: • Contatto con membrane mucose: igiene orale/dentale, somministrazione di collirio, aspirazione di secrezioni • Contatto con cute non integra: igiene delle lesioni cutanee, medicazione delle ferite, iniezione sottocutanea • Contatto con presidi medici: inserimento di catetere, apertura di un accesso vascolare o di un sistema di drenaggio • Preparazione di cibo, medicazioni, set di bendaggio	
3 DOPO UN'ESPOSIZIONE A RISCHIO AD UN LIQUIDO CORPOREO	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido corporeo (e dopo aver rimosso i guanti).* PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi potenzialmente patogeni.
ESEMPI: • Contatto con membrane mucose e con cute non integra, come specificato nell'indicazione "prima di una manovra asettica" • 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 • Eliminazione di urine, feci e vomito • Manipolazione di rifiuti (bendaggi, pannolini, padelle), pulizia di materiali o aree contaminate o visibilmente sporche (sanitari, strumentazione medica)	
4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o le superfici nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza.* PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi potenzialmente patogeni.
ESEMPI: • Gestì di cortesia e conforto: stringere la mano, afferrare per il braccio • Contatto fisico diretto: aiutare un paziente a camminare, a lavarsi, eseguire un massaggio • Visita clinica: valutare il polso, misurare la pressione, auscultare il torace, palpare l'addome	
5 DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	QUANDO? 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.* PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi potenzialmente patogeni.
ESEMPI: • Cambiare le lenzuola, modificare la velocità di infusione, regolare l'allarme di un monitor, regolare una sponda del letto, pulire il comodino	

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, toglì 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.