

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577
Tel. 0746-2781-PEC asl.rieti@pec.it – www.asl.rieti.it

Commissario Straordinario Dott. Mauro Maccari
(Decreto Presidente Regione Lazio n.T00043 del 24/05/2023)
Deliberazione del Commissario Straordinario n.1 del 26/05/2023

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

STRUTTURA PROPONENTE

UOC RISK MANAGEMENT, QUALITÀ DEI PROCESSI E AUDITING

Oggetto: Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) anno 2024.

Estensore: Dott.ssa Antonella Stefania Morgante Morgante Antonella Stefania

Il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, D.lgs. n.165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.

Responsabile del Procedimento: Dott. Morgante Antonella Stefania

Data 12/02/2024 Firmato elettronicamente da Morgante Antonella Stefania

Il Dirigente: Dott. Morgante Antonella Stefania

Data 12/02/2024 Firmato elettronicamente da Morgante Antonella Stefania

Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui imputare la spesa:

Autorizzazione: Senza impegno di spesa

Data Dott.ssa Antonella Rossetti

Parere del Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Petti

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 13/02/2024

Firmato elettronicamente da Petti Anna

Parere del Direttore Sanitario

Dott. Angelo Barbato

favorevole

non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)

Data 13/02/2024

Firmato elettronicamente da Barbato Angelo

IL DIRETTORE/RESPONSABILE DELLA
UOC RISK MANAGEMENT, QUALITÀ DEI PROCESSI E AUDITING

PREMESSO che: alla UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, in staff al Direttore Sanitario, è affidato il compito di implementare percorsi di gestione del Rischio Clinico e di implementazione della Qualità;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale Lazio 14/07/2006 n. 424 che dispone tra i requisiti minimi organizzativi delle strutture sanitarie e socio-sanitarie l'attivazione di un programma per la gestione del Rischio Clinico;

PRESO ATTO della istituzione del progetto Rating-ASL con deliberazione Regionale n.297 del 23/05/2006 per la realizzazione della "Gestione del Rischio Clinico nelle Aziende Sanitarie della Regione Lazio come strumento di miglioramento della qualità assistenziale";

CONSIDERATO che il Ministero della Salute con decreto del 1 Dicembre 2009 ha istituito il sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative a:

- Eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario);
- Denunce dei sinistri;

TENUTO CONTO dell'intesa della Conferenza Permanente Rapporti Stato – Regioni del 20/03/2008 concernente la gestione del Rischio Clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure;

VISTO che il Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013 individua quale punto focale dell'azione del Sistema Sanitario Nazionale lo sviluppo del governo clinico e della qualità dei servizi sanitari;

CONSIDERATO che il suddetto Piano Sanitario Regionale implementa un "approccio di sistema" basato sull'integrazione dei diversi aspetti del sistema medesimo e sulla collaborazione multidisciplinare attraverso gli strumenti di gestione del rischio clinico, formazione, audit, medicina basata sull'evidenza, linee guida e percorsi assistenziali, gestione dei reclami e del contenzioso, gestione del personale, gestione della documentazione, comunicazione e informazione corretta e trasparente, coinvolgimento dei pazienti;

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

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

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

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

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

Nota: Il documento è firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice dell'Amministrazione digitale e norme ad esso collegate.

TENUTO CONTO che il controllo del rischio clinico, in riferimento agli eventi sentinella ed altri eventi avversi, alle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), alle Lesioni da Pressione, alle Cadute e a qualsiasi altro fattore che impatti nella qualità dell'assistenza, costituisce, congiuntamente alla gestione del conseguente contenzioso, un elemento di valutazione della "performance" aziendale;

DATO ATTO che il miglioramento della sicurezza è un obiettivo prioritario di ogni organizzazione sanitaria e deve basarsi sul cambiamento culturale favorendo la diffusione delle buone pratiche;

VISTA la 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)".

VISTA la nota della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica. Nota Prot. 0091714 del 22/01/2024 "Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2024 (PARS);

VISTA la Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021, n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";

VISTA la Deliberazione Regione Lazio 21 dicembre 2021, n. 970 Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025;

VISTO il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 settembre 2022 in via informale e, formalmente, il 30 novembre 2022;

VISTA la Determinazione della Regione Lazio G16501 del 28 novembre 2022, Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";

VISTA la Determinazione 23 novembre 2023, n. G15665 Approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" in sostituzione delle "Linee Guida regionali per la gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" (Determinazione n. G09535 del 02 luglio 2014);

VISTE le azioni già poste in essere nei precedenti PARM, PAICA, PARS, Piano di Antimicrobial Stewardship, Piano di attuazione locale sull'igiene delle mani, PRP-PP10 nella logica del miglioramento continuo in relazione ad azioni già precedentemente implementate;

VISTE le azioni già poste in essere dal CC- ICA e dal GOAS nella logica del miglioramento continuo in relazione ad azioni già precedentemente implementate;

DATO ATTO che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

VISTO il D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

PROPONE

DI APPROVARE il documento “Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2024” recante in allegato 1 “Piano di Azione Locale 2024 per l’Igiene delle Mani” entrambi allegati alla presente deliberazione e che ne formano parte integrante e sostanziale;

DI DISPORRE che il presente atto venga pubblicato nell’albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell’art. 32, comma 1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D.lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Preso atto che:

- il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell’art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, D.lgs. n. 165/2001, nonché garantendo l’osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all’art. 1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell’Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell’art. 1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;
- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

D E L I B E R A

- di approvare la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell’art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R. 45/96.

Il Commissario Straordinario
Dott. Mauro Maccari

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 - 02100 – Rieti - C.F. e P.I. 00821180577
Tel. 0746-2781-PEC asl.rieti@pec.it – www.asl.rieti.it

Commissario Straordinario Dott. Mauro Maccari
(Decreto Presidente Regione Lazio n.T00043 del 24/05/2023)
Deliberazione del Commissario Straordinario n.1 del 26/05/2023

ALLEGATO DELLA DELIBERAZIONE AGLI ATTI

Oggetto: Adozione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) anno 2024.

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge dal 13/02/2024

La presente Deliberazione viene pubblicata, per quindici giorni consecutivi (ai sensi dell'art. 31 L.R. 31/10/1996 n. 45) nel sito web ASL RIETI – sezione Albo Pretorio (ai sensi dell'art.32, comma 1, L.18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33)

in oggetto per esteso

dal 13/02/2024 e fino al 28/02/2024

e contestualmente resa disponibile al Collegio Sindacale.

Rieti li 13/02/2024

Il Responsabile
U.O.S.D. Affari Generali e Legali

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' ALL'ORIGINALE

Ai sensi dell'art. 23 del Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i. questo atto, se trasmesso in forma cartacea, costituisce copia dell'originale informatico firmato digitalmente, predisposto e conservato presso questa Amministrazione in conformità alle regole tecniche di cui agli artt. 3 bis e 71 del D.Lgs 82/2005 e si compone del numero di pagine indicato nel piè di pagina più il presente allegato.



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

**PIANO AZIENDALE ANNUALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO
- PARS 2024 -**

REDAZIONE:			APPROVAZIONE:		
DATA	FUNZIONE	VERIFICATO	DATA	FUNZIONE	APPROVATO
07/02/2024	Dott.ssa A.S.Morgante Direttore f.f. UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing Per * Dott. M. Angelucci Direttore f.f. UOC DMO Dott. G. Fovi De Ruggiero Direttore UOC ISP Dott. S. Venarubea Direttore UOC Laboratorio Analisi Dott.ssa E. Giordani Direttore UOC Politiche del farmaco e D.M. Dott. A. Boncompagni Direttore Distretto 1 Dott. F. Mancini Direttore Distretto 2 Dott.ssa I. Bianchetti Responsabile SPP Dott. M. Marchili Responsabile UOSD Malattie Infettive Coordinatore Gruppo Antimicrobial Stewardship (GOAS) Dott.ssa A. Barsacchi Direttore DAPS Dott. L. Raparelli Direttore Dipartimento Chirurgico Dott.ssa A. Ferretti Direttore DEA		07/02/2024	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Angelo Barbato 	

Composizione del CC-ICA ASL Rieti: Direttore Sanitario Aziendale con funzione di Presidente, Direttore Medico Presidio Ospedaliero, Dirigente Medico Igienista della UOC Direzione Medica Ospedaliera, Direttore del Dipartimento di Medicina, Direttore del Dipartimento di Chirurgia, Direttore del Dipartimento di Emergenza/Accettazione, Direttore del Dipartimento dei Servizi, Direttore del Distretto 1, Direttore del Distretto 2, Direttore UOC ISP, Direttori UU.OO. Servizi Veterinari, Direttore UOC Politica del Farmaco e D.M., Risk Manager, Responsabile UOSD Malattie Infettive, Coordinatore gruppo Operativo Aziendale per l'Antimicrobial Stewardship, Direttore UOC Laboratorio Analisi, Direttore DAPS, Coordinatore Medico Unità Valutazione e Controllo Strutture Socio Assistenziali (UVC), Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione, Responsabile UOSD Assistenza Domiciliare Aziendale, Dirigente Personale Tecnico sanitario della Prevenzione, Infermiera DMO con compiti di sorveglianza ICA.

Composizione Gruppo Antimicrobial Stewardship (GOAS) ASL Rieti: Infettivologo, Risk Manager, Farmacista, Dirigente Medico UOC Laboratorio Analisi - sezione Microbiologia, Veterinari, Rianimatore, Medico Internista.



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

INDICE

1. Contesto organizzativo	3
2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	5
3. Descrizione della posizione assicurativa	6
4. Resoconto delle attività del piano precedente	8
5. Matrice delle responsabilità	12
6. Obiettivi e attività	13
6.1 Obiettivi	13
6.2 Attività	13
7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	17
7.1 Obiettivi	17
7.2 Attività	17
8. Modalità di diffusione del documento	23
9. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi	23
10. Acronimi.....	24

Allegato 1: PIANO DI AZIONE LOCALE 2024 PER L'IGIENE DELLE MANI



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

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Tipo di Struttura:

- AZIENDA SANITARIA LOCALE E PRESIDIO OSPEDALIERO DI COMPETENZA.

L'Azienda Sanitaria Locale di Rieti è così articolata:

- Presidio Ospedaliero – San Camillo De Lellis;
- Distretto Sanitario 1 (D1) - Rieti, Antrodoco, S. Elpidio;
- PASS Accumoli e Amatrice (afferente al D1);
- Distretto Sanitario 2 (D2) - Salario Mirtense;
- Casa della Salute di Magliano Sabina (afferente al D2);
- Hospice San Francesco;
- Struttura Riabilitativa Residenziale pubblica ex art 26 di Poggio Mirteto (afferente al D2).

Di seguito si riporta la tabella che descrive le specificità organizzative della Asl di Rieti sulla gestione del rischio infettivo.

GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	
Data costituzione CC-ICA	Anno 2010
Data revisione componenti	Anno 2020; 2022
Attuale composizione CC-ICA con GOAS	<ul style="list-style-type: none">- Direttore Sanitario Aziendale con funzione di Presidente- Direttore Medico Presidio Ospedaliero- Dirigente Medico Igienista in Staff alla Direzione Sanitaria Aziendale- Dirigente Medico Igienista della UOC Direzione Medica Ospedaliera- Direttore del Dipartimento di Medicina- Direttore del Dipartimento di Chirurgia- Direttore del Dipartimento di Emergenza/Accettazione- Direttore del Dipartimento dei Servizi- Direttore del Distretto 1- Direttore del Distretto 2- Direttore del Dipartimento di Prevenzione- Direttori UU.OO. Servizi Veterinari- Direttore UOC Politica del Farmaco e dei Dispositivi Medici- Responsabile UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing- Responsabile UOSD Malattie Infettive e Coordinatore gruppo Operativo Aziendale per l'Antimicrobial Stewardship- Responsabile UOC Laboratorio Analisi- Direttore DAPS- Coordinatore Medico Unità Valutazione e Controllo Strutture Socio Assistenziali (SSA)- Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale- Responsabile UOSD Assistenza Domiciliare Aziendale- Dirigente Personale Tecnico sanitario della Prevenzione- Infermiera DMO con compiti di sorveglianza ICA

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024	PN/110/1/2024 Rev.0 07/02/2024 Pagina 4 di 24
---	--	--

Programma Antimicrobial Stewardship	Attivazione nell'ambito del CC-ICA del Team di Antimicrobial Stewardship (TAS) con il compito di formulare proposte al CC-ICA in materia di interventi coordinati, che hanno lo scopo di promuovere l'uso appropriato degli antimicrobici, che indirizzano nella scelta ottimale del farmaco, della dose, della durata della terapia e della via di somministrazione e orientano l'organizzazione alla visione One-Health e all'adesione alle policy aziendali, regionali e nazionali in tema di contrasto delle ICA e del fenomeno dell'AMR.
Gestione ICA a livello Ospedaliero	Presenza Ufficio ICA con personale Infermieristico ICA, di cui una con formazione Master su Epidemiologia delle ICA, afferenti alla U.O.C. Direzione Medica Ospedaliera
Numero Reparti di Malattie Infettive	N. 1 U.O.S.D. Malattie Infettive

Tabella 1 – Dati di attività aggregati a livello aziendale (2023)

ASL RIETI			
DATI STRUTTURALI (A)			
Estensione territoriale	2.749,16 Km ²	Popolazione residente	150.357
Distretti Sanitari	Distretto 1 - Rieti, Antrodoco, S.Elpidio Distretto 2 - Salario Mirtense	Presidi Ospedalieri Pubblici	Ospedale San Camillo de' Lellis
Posti letto ordinari	247	Medicina	99
		Chirurgia	44
		Emergenza	71
		Altri	33
Posti letto diurni	14+8DS	Servizi Trasfusionali	1
Blocchi Operatori	5	Sale Operatorie	12
Terapie Intensive	1	UTIC	1
DATI DI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE			
Ricoveri ordinari *	9.141	Ricoveri diurni *	1.803
Accessi PS *	27.159	Neonati o parti *	342
Branche specialistiche	28	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	2.193.958

(A): Fonte dati: Dati forniti dalla UOSD SISSeAC – Fonte Dati SIO-SIAS-SIES-OrmaWeb al 31/12/2023

(*): Dato non consolidato, in attesa del tredicesimo mese.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024	PN/110/1/2024 Rev.0 07/02/2024 Pagina 5 di 24
---	--	--

Tabella 2 – Dati di attività aggregati dell'unico Presidio Ospedaliero aziendale presente (2023)

OSPEDALE SAN CAMILLO DE LELLIS			
DATI DI ATTIVITA' PER SINGOLO P.O. (A)			
Posti letto ordinari	247	Medicina	99
		Chirurgia	44
		Emergenza	71
		Altri	33
Posti letto diurni	14+8DS	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	5	Numero Sale Operatorie	12
Numero ricoveri ordinari *	9.141	Numero ricoveri diurni *	1.803
Numero accessi PS *	27.159	Numero neonati o parti *	342

(A): Fonte dati: Dati forniti dalla UOSD SISSeAC – Fonte Dati SIO-SIES-OrmaWeb -GIPSE-ADT al 31/12/2023. Si specifica che i dati di attività sono comprensivi delle attività di ricovero e chirurgiche effettuate presso la CDS di Magliano Sabina nel contesto del Polo Unico Ospedaliero.

(*): Dato non consolidato, in attesa del tredicesimo mese.

2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Gli eventi di seguito riportati e pervenuti tutti dal sistema di Incident Reporting strutturato in Azienda sono in totale 236 e distribuiti come indicato nella seguente tabella.

Tabella 3– Eventi segnalati nel 2023 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	4 (0,004%)	0%	Strutturali 0,85% Tecnologici 0,42% Organizzativi 49,52% Procedure/Comunicazione 49,21%	Strutturali 0,85% Tecnologici 0,42% Organizzativi 49,52% Procedure/Comunicazione 49,21%	Sistemi di reporting 100% (incident reporting, emovigilanza, farmacovigilanza)
Eventi Avversi	232 (98,30%)	82,32% (n. 191)			
Eventi Sentinella	14 (5,93%)	57,14% (n. 8)			

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



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

PN/110/1/2024
Rev.0
07/02/2024
Pagina 6 di 24

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

Anno	N. Sinistri aperti ^(A)	N. Sinistri liquidati ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2019	23	5	€ 1.872.817,81*
2020	21	4	€ 418.757,21
2021	18	7	€ 473.229,32
2022	17	13	€ 2.483.778,21**
2023	15	9	€ 1.098.824,19
Totale	94	38	€ 6.347.406,74

*scostamento imputabile a n. 2 liquidazioni per uno stesso sinistro verificatosi nell’anno 2008 per un importo complessivo 1.623.989,01 euro.

**scostamento imputabile a n. 1 liquidazione di sinistro verificatosi nell’anno 2015 per un importo pari a 1.408.024,11 euro più n. 1 liquidazione di sinistro verificatosi nell’anno 2013 per un importo pari a 581.327,69 euro.

Fonte dati: U.O.S.D. Affari Generali e Legali - periodo di riferimento anno 2018-2022.

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

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Di seguito si riporta la posizione assicurativa della Asl di Rieti dall’anno 2015 al 2023.

Tabella 5 –Posizione assicurativa

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2015	RCT/O N. 2015RCG00087- 642128	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LTD	€2.000.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.
2016	RCT/O N. 2016RCG00105- 645632	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LTD	€ 1.840.000	€2.000.000	MARSH S.P.A. fino al 30/11/15 poi WILLIS ITALIA S.p.A.
2017	RCT/O N. 2016RCG00105 – 645632 – 28/02/2017 (al 01/03/2017 Autoassicurazione)	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LTD	€ 1.840.000	€ 2.000.000	WILLIS ITALIA S.P.A. fino al 28/02/2017
2018	dal 01/03/2017 al 31/12/2018 in regime di autoassicurazione				GBSAPRI spa dal 08/03/2018 al 08/03/2019 con possibilità di rinnovo per un'altra annualità

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

2019	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2019 al 31/12/2020	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. rinnovata dall'08/03/2019 all'08/03/2020
2020	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2019 al 31/12/2020	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. rinnovata dall'08/03/2019 all'08/03/2020 prorogata fino all'08/09/2020,proroga ta fino all'08/03/2021
2021	RCT/O N. 2018RCG 00150-789831 dal 01/01/2020 al 31/12/2021 (ripetizione polizza)	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LTD	€ 2.426.662,50	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di nuova gara espletata.Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 – attualmente in corso
2022	RCT/O N. POLIZZA N° 2022RCG00261- 1212661 dal 30/06/2022 al 30/06/2023	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LIMITED RAPPRESENT ANZA GENERALE PER L'ITALIA	€ 2.326.547,92	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di nuova gara espletata.Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 – attualmente in corso
2023	RCT/O N. POLIZZA N° 2022RCG00261- 1212661 dal 30/06/2023 al 30/06/2024	BERKSHIRE HATHAWAY INTERNATION AL INSURANCE LIMITED RAPPRESENT ANZA GENERALE PER L'ITALIA	€ 2.326.547,92	€ 150.000,00 S.I.R.per sinistro ad esclusione dei sinistri RCO	GBSapri S.p.A. aggiudicataria di gara espletata.Nuovo contratto a partire dal 31/07/2021 – attualmente in corso proroga tecnica

Fonte dati: U.O.S.D. Affari Generali e Legali - periodo di riferimento dall'anno 2015 al 2023.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024	PN/110/1/2024 Rev.0 07/02/2024 Pagina 8 di 24
---	--	--

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Tabella 6 –Resoconto delle attività 2023 del Rischio Clinico

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. A - Attività 1: Progettazione ed esecuzione di un corso di FORMAZIONE : presentazione alla nuova rete dei facilitatori del Risk Management, Qualità dei dati aziendali 2022 sugli E.A., E.S., N.M.	SI	1^ ED. corso il 27/06/23 2^ ED. corso FAD con ECM dal 1/12/2023 al 31/12/2023
Ob. A - Attività 2: Progettazione ed esecuzione di un corso di FORMAZIONE : il nuovo documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita-2022 – Det. Dir. N. G15198/2022 “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita”; presentazione della nuova Procedura aziendale relativa alla prevenzione e gestione delle cadute.	SI	1^ ED. corso il 27/06/23 2^ ED. corso FAD con ECM dal 1/12/2023 al 31/12/2023
Ob. A - Attività 3: Progettazione ed esecuzione di un corso di FORMAZIONE : presentazione e analisi della Mappatura del Rischio aziendale e del progetto pilota MIGERIS ASL RIETI per la mappatura del rischio sul territorio.	MAPPATURA AZIENDALE MIGERIS-LUISS E CORSO DI FORMAZIONE NON ESEGUITI PER CAUSE NON DIPENDENTI DALLA DIREZIONE AZIENDALE NE' DALLA UOC RISK MA DALLA LUISS	progetto non completato dalla LUISS Rischio ospedaliero: relazione della Drssa Morgante sull'unica mappatura completata dalla LUISS trasmessa alla Direzione Sanitaria
Ob. A - Attività 4: Progettazione ed esecuzione di un evento di FORMAZIONE secondo la metodica dell'Audit M&M con revisione di almeno 1 caso critico trattato dal CVS	SI	Corso del 28/11/2023 "Revisione di casi critici di sinistri aziendali -Audit M&M-R" 28/11/2023
Ob. A - Attività 5: Promozione della cultura dell' AUDITING : conduzione di Audit reattivi GRC	SI	Realizzazione di n. 14 Audit di Risk Management (n. eventi sentinella n.13).
Ob. A - Attività 6: Promozione della cultura dell' AUDITING : conduzione delle fasi di analisi relative agli esiti della mappatura (fotografia) del rischio e individuazione dei piani di miglioramento (PdM)		Vedi Ob. A Attività 3
Ob. A - Attività 7: Progressiva implementazione del SGQ aziendale: monitoraggio e sistematizzazione delle procedure pubblicate sul sito aziendale con verifica della necessità di aggiornamento/revisione.	SI	Procedure REVISIONATE nell'ANNO 2023: 1. PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA A DANNO DEGLI OPERATORI SANITARI rev 5 18/12/2023 2. PROCEDURA PER LA SORVEGLIANZA E IL CONTROLLO DELLA CIRCOLAZIONE DI MICRORGANISMI MDRO IN OSPEDALE: IL SISTEMA DI ALERTING rev 3 del 26/09/2023

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO (PARS)
2024**PN/110/1/2024
Rev.0
07/02/2024
Pagina 9 di 24

		<ol style="list-style-type: none">3. PROCEDURA AZIENDALE PER LA CORRETTA GESTIONE DEI RIFIUTI rev 2 del 24/08/20234. PROCEDURA AZIENDALE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA CADUTA DELLA PERSONA ASSISTITA NELLE STRUTTURE SANITARIE rev 6 del 13/04/20235. PROCEDURA AZIENDALE SULL'IGIENE DELLE MANI rev 01 del 24/02/20236. PROTOCOLLO OPERATIVO CONDIVISO TRA LA ASL E LE RSA ACCREDITATE PER LA VACCINAZIONE CONTRO L'HERPES ZOSTER DEI SOGGETTI ADULTI FRAGILI E/O VULNERABILI rev 01 del 9/05/20237. PROCEDURA PER LA CORRETTA GESTIONE DEL TRASFERIMENTO INTRAOSPEDALIERO E INTEROSPEDALIERO EXTRA-AZIENDALE rev 2 del 1/03/20238. PROCEDURA SUL CONSENSO INFORMATO - RECEPIMENTO DEL DOCUMENTO DI INDIRIZZO REGIONALE N. G00642 DEL 25/01/2022 rev 1 del 27/02/2023
Obiettivo B)) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTEVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. B – Attività 1: Revisione del documento aziendale della procedura sul consenso informato e monitoraggio della sua effettiva applicazione entro il 31/12/2023.	SI	revisione documento aziendale P/110/01/2023 - Rev 1 del 27/02/2023 Effettuati incontri con il 100% delle strutture aziendali - VERBALI – Prot. n. 88437/23 del 27/12/2023 REPORT MONITORAGGIO CARTELLE CLINICHE SU PRESENZA CONSENSO - Prot n. 88404 del 27/12/2023 implementazione del registro informatizzato delle Informativa sul consenso informato
Ob. B – Attività 2: Recepimento del documento di indirizzo regionale "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del precedente "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti" e monitoraggio della sua effettiva applicazione	SI	1) Cod. P/110/06/2023 – Rev. 6 del 13/04/2023 2) nuova scheda valutazione del rischio caduta in Pronto Soccorso 3) corrispondenza con LAZIOCREA – documentazione
Obiettivo C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. C – Attività 1: Monitoraggio delle aggressioni agli operatori sanitari e dello SLC (Stress Lavoro Correlato)	SI	1) totale AGGRESSIONI n. 36 2) partecipazione lavori GdL SLC = 100% 20/1/23 26/4/23 26/5/23
Obiettivo D) PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' REGIONALI IN TEMA DI RISK MANAGEMENT		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO (PARS)
2024**PN/110/1/2024
Rev.0
07/02/2024
Pagina 10 di 24

Ob. D – Attività 1: Partecipazione ai tavoli regionali su rischio clinico	SI	partecipazione alle riunioni dei tavoli permanenti = 100% Convocazione attraverso il sito web Alfresco Share del CRRC del 25/05/2023 - Tavolo permanente del 16/06/2023 Convocazione dalla R. L. prot. n. 1413419 del 5/12/2023 Tavolo permanente del 21/12/2023
---	----	--

Tabella 7 – Resoconto delle attività 2023 del Rischio Infettivo

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. A – Attività 1 PROGETTO FORMATIVO articolato "LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELLA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA, DEL BUNDLE ICA/ISC E DEL CORRETTO UTILIZZO DEGLI ANTIBIOTICI ATTRAVERSO L' AGGIORNAMENTO E LA FORMAZIONE CONTINUI DEL PERSONALE	SI	1) convegno con GOAS Convegno NON SOLO COVID: UNA PANORAMICA IN INFETTIVOLOGIA TRA OSPEDALE E TERRITORIO 27/05/2023 2) CONGRESSO REGIONALE SIMIT 2023 studiare il passato, comprendere il futuro-29.09.2023 Villa Potenziani 4) audit DAPS del 3.03.2023,06.06.2023, 11.07.2023 e 18.12.2023 5) relazione di Marchilli – Morgante ai MMG sull'uso degli antibiotici corso Integrazione Ospedale-Territorio-Università: dove siamo e dove andiamo. 1°ed.28.10.2023-2°ed.04.11.2023 6) partecipazione Morgante - APPROCCIO SISTEMICO ALLA GESTIONE DEL RISCHIO RELATIVAMENTE ALLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA-FEDERSANITA' 20.07.2023 7) partecipazione 11° CONGRESSO SIMPIOS – DR.SSA MORGANTE RICCIONE 23-25 OTTOBRE 2023 8) videoconferenza Marchilli - Morgante, 22/11/2023 per i MMG/PLS sul corretto utilizzo 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		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. B – Attività 1 Redazione Piano di Azione Locale per l'igiene delle mani 2023 secondo le indicazioni del CRRC (nota prot. 124752 del 02/02/2023) –Allegato 1 del PARS 2023	SI	Piano di Azione Locale per l'igiene delle mani: PN/110/02/2023 Allegato 1 del PARS 2023, inviato al CRRC come allegato al PARS 2023

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024	PN/110/1/2024 Rev.0 07/02/2024 Pagina 11 di 24
---	--	---

Ob. B – Attività 2 Progettazione ed esecuzione di almeno UNA edizione del TERZO corso di formazione sull'igiene delle mani con specifico target sul personale OSS/OSA e sugli studenti universitari delle professioni sanitarie. La formazione potrà essere erogata anche in modalità FAD.	SI	Realizzazione di n. 1 corso FAD per studenti/tirocinanti Formazione alle strutture e Università
Ob. B – Attività 3 Elaborazione del piano 2023 delle osservazioni sulla corretta igiene delle mani tra il personale sanitario	SI	1) documento di pianificazione-cronoprogramma delle osservazioni 2) Presentazione dei risultati
OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Ob. C – Attività 1 Adesione alle indicazioni regionali del CRRC (nota prot. 124752 del 02/02/2023) sul monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico (dati disaggregati per aree di degenza e calcolati sulle giornate di degenza).	SI	1° semestre report prot 51773 del 28/07/23 2° semestre report prot n 3883/24 del 15/01/2024 -
Ob. C – Attività 2 Elaborazione e Attuazione del Piano Antimicrobial Stewardship 2023	SI	Procedura codifica PN/110/04/2023 DDG ff n 483 del 11/05/23 Relazione finale dssa Morgante
Ob. C – Attività 3 Conduzione di un'INDAGINE DI PREVALENZA interna sulle ICA/ISC o partecipazione a studi di sorveglianza o indagini di prevalenza di livello regionale/nazionale/europei, ove previsti	SI	Report da DMO - mail da segreteria CC-ICA del 10/01/24
Ob. C – Attività 4 Gruppo di Lavoro ICA - Determinazione 28 novembre 2022, n. G16501 - Implementazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"	SI	1) nota prot n. 9185/23 del 3/02/2023 –costituzione del Gruppo di Lavoro 2) nota prot. n. 15428 del 28.02.2023 inviata al CRRC – oggetto: "Deliberazione n. G16501 28/11/2022 "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"- riscontro entro tre mesi dalla pubblicazione del documento delle evidenze di livello P1." 3) nota prot. n. 83318 del 07.12.2023 inviata al CRRC – oggetto: "Deliberazione n. G16501 28/11/2022 "Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"- riscontro entro dodici mesi dalla pubblicazione del documento delle evidenze di livello P2."

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024	PN/110/1/2024 Rev.0 07/02/2024 Pagina 12 di 24
---	--	---

Ob. C – Attività 5 Conduzione degli obiettivi e delle attività del PAP Asl Rieti – PRP 2022-2025 - PP10 Come da indicazione del CRRC (nota prot. 124752 del 02/02/2023).	SI	monitoraggio PP10 al 31/12/23 Realizzato un AUDIT INTERNO nel Dipartimento Chirurgico sulla procedura "PROCEDURA DI PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO" il 7/11/2023
Ob. C – Attività 6 Monitoraggio del grado di conoscenza e di effettiva applicazione della procedura di prevenzione e sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (nota del CRRC prot. 124752 del 02/02/2023)	SI	Realizzato un AUDIT INTERNO nel Dipartimento Chirurgico sulla procedura "PROCEDURA DI PREVENZIONE E SORVEGLIANZA DELLE INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO" il 7/11/2023
Ob. C – Attività 7 Monitoraggio dei consumi annuali delle molecole ad azione antimicrobica (nota del CRRC prot. 124752 del 02/02/2023).	SI	1° semestre report consumi ospedalieri e territoriali - prot. n. 72650 del 26/10/23 2° semestre report in fase di elaborazione rispetto al consolidamento dei dati dei consumi territoriali

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Tabella 8 –Matrice delle responsabilità

Azione	Direttore Sanitario e Presidente CCICA	(CC-ICA e GOAS	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Commissario Straordinario/Direttore Generale	Direttore Amministrativo	SIS	CdG
Redazione TABELLE 1 e 2							R	
Redazione Tabella 4 e 5	C	C	C	R	C	C		
Redazione punto 7 (Controllo del Rischio Infettivo)	C	C	R					
Approvazione	C	C	C		R	I		
Adozione PARS con deliberazione	C	I	C		R	C		
Monitoraggio E RENDICONTAZIONE PARS	C	C	R		I	-		I

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

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2024

6.1 Obiettivi

Per il 2024 gli obiettivi di livello macro del Piano sono risultano indirizzati a:

- A. Diffondere e consolidare la cultura della sicurezza delle cure;**
- B. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa,** attraverso la promozione di interventi o progettualità o partecipazione a progettualità/survey/studi scientifici mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, all'analisi, monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi;
- C. Favorire una visione unitaria della sicurezza,** che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.
- D. Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management, Qualità e Sicurezza delle Cure.**

Per quanto riguarda le attività, si terrà conto anche delle indicazioni specifiche poste dalla Regione Lazio e dal CRRC con nota prot. n.U0091714 del 22/01/2024.

6.2 Attività

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ATTIVITÀ 1 – Attività di formazione del personale

INDICATORE: realizzazione di almeno 1 evento formativo secondo la metodica M&M Review con revisione di almeno 2 casi critici trattati dal CAVS

STANDARD: 1 evento

FONTE: UOC Risk M., CAVS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Formazione	Risk Management	CAVS	Dipartimenti aziendali	DS
Progettazione della Formazione M&MR	C	R	C		I
Accreditamento del corso	R	I	I	I	I
Esecuzione del corso	C	R	C	C	I

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024	PN/110/1/2024 Rev.0 07/02/2024 Pagina 14 di 24
---	--	---

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure

ATTIVITÀ 2- Attività di formazione del personale

INDICATORE: realizzazione (ovvero partecipazione dell'UOC Risk M. in caso di Provider esterno*) dell'evento formativo/relazione sulla sicurezza dal titolo "Presentazione del Manuale della Qualità sulla Radioprotezione e del nuovo SGQ documentale della ASL Rieti in materia di Radioprotezione"

STANDARD: evento/relazione

FONTE: UOC Risk M., ERP, MA, Ordine Ingegneri Provincia di Rieti (facoltativo), SPP

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Formazione	Risk Management	ERP (Esperto RadioProtezione)	SPP	Medico Autorizzato	Ordine Ingegneri provincia di Rieti (facoltativo)
Progettazione della Formazione	C	R*	C	C	C	C/R*
Accreditamento del corso	R/C*	I	I	I		I
Esecuzione	C	R	C	C	C	C/R*

*a seconda che si tratti di provider aziendale o provider esterno.

OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi o progettualità o partecipazione a indagini/progetti/survey/studi scientifici mirati al miglioramento della qualità e degli esiti delle prestazioni erogate, all'analisi, monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

ATTIVITÀ 1 - Gestione proattiva del rischio clinico: SWR

INDICATORI: realizzazione di SWR mirate al miglioramento del livello di conoscenza e di applicazione delle procedure aziendali

STANDARD: almeno 2 SWR

FONTE: Risk M

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Management	UOC DMO	DAPS	DIRETTORI UOO	DIRETTORI DISTRETTI
Individuazione delle aree target	R	I	C	C	C
Individuazione procedure di interesse	R	I	I	I	I
Pianificazione SWR	R	C	C	C	C
Realizzazione SWR	R	C	C	C	C
Monitoraggio	R	I	I	I	I

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024	PN/110/1/2024 Rev.0 07/02/2024 Pagina 15 di 24
---	--	---

OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi o progettualità o partecipazione a indagini/progetti/survey/studi scientifici mirati al miglioramento della qualità e degli esiti delle prestazioni erogate, all'analisi, monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

ATTIVITÀ 2 - Verifica della qualità e completezza documentale della cartella clinica

INDICATORI: verifica di campione significativo di cartelle cliniche di ricovero

STANDARD: almeno 2 audit annuali con DMO, SIS e DAPS

FONTE: Risk M, SIS, DMO

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Management	DMO	DAPS	DIRETTORI UUOO	SIS
Individuazione campione	R	I		i	I
Individuazione items qualità e completezza	R	C	C		C
Verifiche	R	I	I		C
Analisi	R	C	C		C
Audit	R	C	C	C	C

OBIETTIVO C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

ATTIVITÀ 1 - Elaborazione delle indicazioni per il miglioramento culturale, clinico e organizzativo in tema di sinistrosità aziendale nell'ambito del CAVS aziendale

INDICATORI: elaborazione di almeno 4 indicazioni aziendali per il miglioramento nel corso del 2024

STANDARD: almeno 4 note d'invio

FONTE: UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, CAVS

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Management	CAVS	DS	CS/DG	CdG	UU.OO./Strutture
Partecipazione al CAVS	R	C				
Trattazione casistica	C	R	I	I		
Individuazione ambiti miglioramento	C	R	I			
Elaborazione indicazioni per il miglioramento	C	R	I	I		
Invio nota ai clinici interessati	R	C	I	I		

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

Feed-back da parte dei clinici	I	I				R
Report feed-back ricevuti	R	I	I	I	I	I

OBIETTIVO C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.

ATTIVITÀ 2 - Promuovere la cultura dell'auditing sui casi significativi

INDICATORI: esecuzione di almeno un audit SEA

STANDARD: almeno un verbale

FONTE: UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Management	Dipartimenti*	Distretti*	UUOO*	DS	CdG
Individuazione caso per SEA	R	I	I	I		
Conduzione SEA	R	C	C	C		
Individuazione ambiti miglioramento	R	C	C	C		
Elaborazione indicazioni per il miglioramento	R	C	C	C		
Monitoraggio risultati	R	C	C	C	I	I

*a seconda dei Distretti /UUOO/ Dipartimenti coinvolti.

OBIETTIVO D) Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management

ATTIVITÀ 1 - Partecipazione riunioni del tavolo tecnico regionale

INDICATORE: n. partecipazioni/n. convocazioni

STANDARD: 100%

FONTE: UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Risk Management	DAPS*
Partecipazione riunioni	R	C

*in quanto coinvolto nelle convocazioni regionali dal dicembre 2022.

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2024

7.1 Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

Inoltre, sulla base della nota regionale prot n. U0091714 del 22/01/2024, sono stati definiti quali prioritari i seguenti obiettivi per il 2024:

- D. monitoraggio prevenzione e controllo della ferita chirurgica
- E. gestione della sepsi
- F. misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)

7.2 Attività

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo				
ATTIVITÀ 1 - Predisposizione di un progetto formativo multidisciplinare sul campo e/o itinerante sulle corrette modalità di adozione delle precauzioni per l'isolamento e sulle corrette modalità del lavaggio delle mani				
INDICATORE: realizzazione di almeno un'edizione dell'evento				
STANDARD: programma dell'evento				
FONTE: Risk Management, DMO, DAPS				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	Risk Management	DMO	DAPS	FORMAZIONE
Progettazione del Corso	R*	R*	R*	C
Accreditamento				R
Programma	R*	R*	R*	C
Erogazione del Corso	R*	R*	R*	C

*evento da realizzare in collaborazione tra le Strutture indicate.

**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO SANITARIO (PARS)
2024****OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo****ATTIVITÀ 2 - Implementazione in CCI (Cartella Clinica Informatizzata) di Check list specifiche sui bundle sulla prevenzione delle ICA****INDICATORE:** creazione check list informatizzate**STANDARD:** introduzione in CCI di almeno 2 check list**FONTE:** Risk Management, SICO, DAPS, DMO**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk Management	DMO	DAPS	SICO
elaborazione check list	R	C	C	I
Informatizzazione	I	I	I	R
Introduzione in CCI	I	I	I	R
Formazione del personale	R	C	C	C

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 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi**ATTIVITÀ 1 - Redazione del Piano di Azione locale sull'igiene delle mani 2024****INDICATORE:** documento**STANDARD:** presenza dell'ALLEGATO 1 al PARS 2024**FONTE:** UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing, DAPS**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	CCICA	UOC DMO	DAPS	D1 e D2	Risk Management
Elaborazione del documento	I	C	C	I	R
Validazione		C	C	I	R
Diffusione	I	I	I	I	R
Monitoraggio	I	I	C	I	R
Rendicontazione	I	I	I	I	R

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

ATTIVITÀ 1 – Conduzione di un'INDAGINE DI PREVALENZA interna sulle ICA/ISC e/o partecipazione a studi di sorveglianza o indagini di prevalenza di livello regionale/nazionale/europei, ove previsti.

INDICATORE: indagine/studio

STANDARD: documento di sintesi con analisi e risultati

FONTE: UOC DMO

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	UOC DMO	Risk Management	UU.OO. oggetto dello studio	GOAS
Progettazione dello studio	I	R	I	C	I
Conduzione dell'indagine di prevalenza/altro	I	R	I	C	I
Presentazione e diffusione dei risultati	I	R	I	I	I

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

ATTIVITÀ 2 – Monitoraggio dei consumi annuali delle molecole ad azione antimicrobica

INDICATORE: Reportistica semestrale e annuale elaborata in DDD/giornate di degenza.

STANDARD: 2 REPORT

FONTE: UOC Politiche del Farmaco e DM

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	UOC Politiche del Farmaco e DM	MMG/PLS	Risk Manager	Direttori UUOO/STRUTTURE	Coord. GOAS
Monitoraggio dei consumi ed elaborazione reportistica	I	R	I	I	I	I



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

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

ATTIVITÀ 3 – Adesione alle indicazioni regionali del CRRC sul monitoraggio dei consumi di gel idroalcolico (dati disaggregati per aree di degenza e calcolati sulle giornate di degenza) ADESIONE ALLE INDICAZIONI REGIONALI- ALIMENTAZIONE PIATTAFORMA CSIA

INDICATORE: Report semestrale

STANDARD: 2 REPORT

FONTE: UOC POLITICHE DEL FARMACO E DM, SIS, DMO

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CCICA	UOC Politiche del Farmaco e Dispositivi Medici/ALBS*	SIS	UOC DMO	Risk Management	GOAS
Estrazione dati consumo	I	R	I	I		
Indicazione dato GGDD		I	R	I		
elaborazione dati consumi su GGDD e alimentazione piattaforma CSIA				R	I	I

*a seconda della struttura che nel 2024 gestirà l'approvvigionamento del gel.

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

ATTIVITÀ 4 – estensione della sorveglianza di laboratorio a tutte le Enterobatteriacee produttrici di carbapenemasi (CPE) o carbapenemasi resistenti (CRE)

INDICATORE: estensione della sorveglianza di laboratorio

STANDARD: data di attivazione

FONTE: laboratorio analisi

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	Laboratorio analisi	DMO	RISK M	CC-ICA	SICO	GOAS
Indicazione per l'estensione della sorveglianza	I	R	I	I	I	I

Attivazione dell'estensione	R	I	I	I	I	I
Reportistica	C	R	I	I		I

OBIETTIVO D) Monitoraggio prevenzione e controllo della ferita chirurgica						
ATTIVITÀ 1 – Implementazione in cartella clinica informatizzata (CCI) della check list di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico						
INDICATORE: adozione in CCI						
STANDARD: check list						
FONTE: RISK Management, DMO, SICO, DAPS, Dipartimento Chirurgico, Anestesia e Rianimazione						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	RISK M	DMO	SICO	DAPS	DIPARTIMENTO CHIRURGICO	Anestesia e Rianimazione
Elaborazione della check list	R	C	C	C	C	
Inserimento in CCI	I	I	R	I	I	I
Formazione	R	C	C	C	C	C

OBIETTIVO D) Monitoraggio prevenzione e controllo della ferita chirurgica						
ATTIVITÀ 2 – Survey internazionale 2024 SAFESURG- Sustainable Antimicrobial Stewardship For Effective Surgical Patient Safety Globally						
INDICATORE: adesione alla survey						
STANDARD: compilazione survey						
FONTE: Risk Management						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk Management	Malattie infettive	DMO	CC-ICA	GOAS	Dipartimento Chirurgico
Adesione formale alla survey	R					
Partecipazione alla survey	R	I		I		
Diffusione risultati survey internazionale (qualora forniti dal Coordinatore Scientifico Italiano)	R	I	I	I	I	I

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI</p>	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024	PN/110/1/2024 Rev.0 07/02/2024 Pagina 22 di 24
---	--	---

OBIETTIVO E) GESTIONE DELLA SEPSI								
ATTIVITÀ 1 – Elaborazione procedura aziendale per la gestione della sepsi								
INDICATORE: redazione della procedura								
STANDARD: documento								
FONTE: Coordinatore GOAS								
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ								
Azione	Coordinatore GOAS	Componenti GOAS	DMO	DAPS	UOS Rianimazione	Lab. Analisi	RISK Management	SIS
Individuazione Gruppo di Lavoro	R	C	C	I	C	C	C	
Redazione della procedura	R	C	I	I	C	C	C	
Pubblicazione e diffusione della procedura	I	I	I	I	I	I	R	I
Monitoraggio indicatori	I	I					C	R

OBIETTIVO F) MISURE DI CONTRASTO ALLA RESISTENZA AGLI ANTIMICROBICI (AMR, ANTIMICROBIAL RESISTANCE)						
ATTIVITÀ 1 – Elaborazione e Attuazione del PIANO ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP 2023 in coerenza alle indicazioni del PNCAR 2022-2025, alla nota del CRRC prot. U0091714 del 22/01/2024, al PRP – PAP Asl Rieti 2021-2025 (PP10) e ad eventuali ulteriori indicazioni regionali.						
INDICATORE: redazione Piano						
STANDARD: documento						
FONTE: Risk M e GOAS						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	Risk Management	CC-ICA	Servizi Veterinari	Coordinatore GOAS	Componenti GOAS	DMO
Elaborazione Piano	R*	I	C	R*	R*	C
Monitoraggio Di applicazione del Piano	R	I	I	C	C	I
RENDICONTAZIONE del Piano	R	I	C	C	C	I

* redazione congiunta.



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

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS 2024 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- Presentazione del documento all'interno del Collegio di Direzione;
- Pubblicazione del documento sulla home page del sito aziendale;
- Pubblicazione del documento nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale;
- Iniziative di diffusione del PARS 2024 a tutti gli operatori attraverso i momenti di partecipazione del Risk Manager ai corsi aziendali organizzati internamente e che vedono il coinvolgimento dello stesso in qualità di Relatore/Docente.

Il documento, in formato pdf nativo, verrà inviato entro il 28 febbraio 2024 all'indirizzo crrc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione n. G00643 del 25/01/2022 - Adozione del "Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)";
- Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica. Nota Prot. 124752 del 02/02/2023 "Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2023 (PARS);
- Legge 8 marzo n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
- Regione Lazio - Deliberazione 21 dicembre 2021, n. 970 Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 – PP10;
- Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta n. U00563 del 24/11/2015, Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA),
- Regione Lazio - Direzione Salute e Politiche Sociali. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U.0388434 del 22-07-2016;
- Determinazione Regione Lazio del 26 febbraio 2021, n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani";
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025, approvato in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 26 settembre 2022 in via informale e, formalmente, il 30 novembre 2022;
- Determinazione 6 novembre 2022, n. G15198 Approvazione del "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita" in sostituzione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti", di cui alla determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016;



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

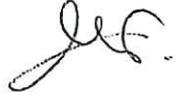
- Determinazione G16501 del 28 novembre 2022, Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)";
- Determinazione 23 novembre 2023, n. G15665 Approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" in sostituzione delle "Linee Guida regionali per la gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)" (Determinazione n. G09535 del 02 luglio 2014);
- AIFA - gennaio 2023 – Manuale antibiotici AWaRe (Access, Watch, Reserve);
- Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20delle%20cure&area=qualita
- AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente <http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente>
- Regione Lazio Centro Regionale Rischio Clinico <https://www.regione.lazio.it/enti/salute/centro-regionale-rischio-clinico>
- Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica <https://www.epicentro.iss.it/>

10. ACRONIMI

- DG: Direttore Generale
- CS: Commissario Straordinario
- DS: Direttore Sanitario
- CDG: Controllo di Gestione Asl Rieti
- DMO: Direzione Medica Ospedaliera Asl Rieti
- CAVS: Comitato Aziendale Valutazione Sinistri Asl Rieti
- CC-ICA: Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza Asl Rieti
- GOAS: Gruppo Aziendale Antimicrobial Stewardship Asl Rieti
- DAPS: Dipartimento Aziendale delle Professioni Sanitarie Asl Rieti
- D1: Distretto 1 Asl Rieti
- D2: Distretto 2 Asl Rieti
- AMR: Antimicrobial Resistance
- PRP: Piano Regionale della Prevenzione
- PAP: Piano Aziendale della Prevenzione
- PNCAR: Piano Nazionale per il Contrasto dell'Antibiotico Resistenza
- AWaRe: Access, Watch, Reserve
- DDD: Defined Daily Dose
- GGDD: Giornate di Degenza

 ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024	Cod. PN/110/02/2024 Rev. 1 Del 06/02/2024 Pag. 1 di 11

UOC RISK MANAGEMENT, QUALITA' E AUDIT CLINICO

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dr.ssa Antonella Stefania Morgante		UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dr.ssa Antonella Stefania Morgante	Direzione Sanitaria Aziendale Dr. Angelo Barbato
Direttore UOC GPA Dr.ssa Agnese Barsacchi			
Direttore f.f. UOC DMO Dr. Massimiliano Angelucci			

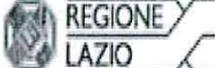
Il presente documento è destinato esclusivamente all'utilizzo interno aziendale. Per eventuali necessità di utilizzo anche parziale da parte di terzi è necessario richiedere formale autorizzazione alla Direzione Sanitaria della ASL Rieti.

Gruppo di lavoro:

Referente aziendale Piano Formativo Igiene Mani UOC GPA, Dr.ssa S. Tozzi
 Referente aziendale Piano Osservazioni Igiene Mani UOS Igiene e Profilassi Ospedaliera (DMO), Dr.ssa Rita De Mari
 Coordinatore Infermieristico UOC GPA, Dr A. Aguzzi
 Staff UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dr.ssa C. Graziani
 Staff UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dr.ssa C. Vecchi
 Staff UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dr.ssa C. Pitti
 Staff UOC Risk Management, Qualità e Audit Clinico Dr.ssa A. Miccadei

STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
06/02/2024	1	Redazione

	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p style="text-align: center;">PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024</p>	<p>Cod. PN/110/02/2024 Rev. 1 Del 06/02/2024</p>
		Pag. 2 di 11

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE NEL TRIENNIO 2021-2023 E RISULTATI RAGGIUNTI.....	4
5. MODALITA' OPERATIVE.....	7
5.1 COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE PERMANENTE.....	7
5.2 FORMAZIONE 2024.....	7
5.3 AZIONI DI MONITORAGGIO.....	8
5.4 NUOVE ATTIVITA' 2024.....	9
6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI.....	10
ALLEGATI	

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024	Cod. PN/110/02/2024 Rev. 1 Del 06/02/2024 <hr/> Pag. 3 di 11

1. PREMESSA

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura. Costituiscono la complicanza più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale: ospedali per acuti, day hospital/day surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali, ecc. Le ICA hanno un impatto clinico ed economico rilevante per i servizi sanitari, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano: prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, una significativa mortalità in eccesso.

In Europa, le ICA provocano ogni anno:

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

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

La corretta igiene delle mani è una delle azioni fondamentali non solo delle cosiddette "precauzioni standard", ma anche nel caso in cui sia necessario adottare precauzioni ulteriori, come quelle da contatto o droplet. La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i bundle relativi al rischio infettivo (prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, di quelle legate a catetere venoso e vescicale, della polmonite associata al ventilatore).

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

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

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del "tutto o nulla" dei bundle debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024	Cod. PN/110/02/2024 Rev. 1 Del 06/02/2024 Pag. 4 di 11

pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione.

2. SCOPO

L'obiettivo del documento è quello di pianificare, a livello aziendale, le attività di miglioramento necessarie per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS¹, delle indicazioni del documento "Piano di Intervento Regionale triennale sull'Igiene delle mani 2021-2023" ed in continuità con quanto fatto nel triennio 2021-2023.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il documento è rivolto alle direzioni delle Strutture e agli esercenti le professioni sanitarie dell'Azienda Sanitaria Locale Asl Rieti e trova applicazione anche in tutte le Strutture sanitarie e socio-assistenziali della Asl Rieti.

Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, dei professionisti e delle Strutture aziendali. Le indicazioni contenute nel presente documento NON si applicano invece alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.

4. RENDICONTAZIONE DELLE ATTIVITA' SVOLTE NEL TRIENNIO 2021-2023 E RISULTATI RAGGIUNTI

REPORT OSSERVAZIONI IGIENE MANI ANNO 2021

UU.OO.	N. OPPORTUNITA'	N. AZIONI	COMPLIANCE
CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	136	102	75,00%
PASS AMATRICE / ACCUMOLI	103	99	96,12%
LONG SURGERY	408	236	57,84%
POGGIO MIRTETO AMBULATORI	259	184	71,04%
DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI	766	513	66,97%
LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	267	170	63,67%
CENTRO RIANIMAZIONE	256	179	69,92%
TOTALE	2195	1483	67,56%

¹ I documenti e le immagini prodotti dall'OMS e utilizzati per il documento sono stati tradotti e adattati al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024	Cod. PN/110/02/2024 Rev. 1 Del 06/02/2024 <hr/> Pag. 5 di 11

REPORT OSSERVAZIONI IGIENE MANI ANNO 2022

UU.OO.	N. OPPORTUNITA'	N. AZIONI	COMPLIANCE
CARDIOLOGIA/UTIC/ AMBULATORIO	749	674	89,99%
CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	296	255	86,15%
PASS AMATRICE / ACCUMOLI	188	179	95,21%
LONG SURGERY	585	420	71,79%
MEDICINA 1	455	302	66,37%
MEDINEF	1410	1609	114,11% *
MURG	281	170	60,50%
ONCOLOGIA	540	490	90,74%
OSTETRICIA/ GINECOLOGIA	322	251	77,95%
PEDIATRIA	288	274	95,14%
POGGIO MIRTETO AMBULATORI	389	234	60,15%
DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI	720	313	43,47%
LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	182	144	79,12%
CENTRO RIANIMAZIONE	517	313	60,54%
ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA	616	366	59,42%
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE/ WEEK	416	332	79,81%
TOTALE	7954	6326	79,53%

*La compliance > del 100% è indicativa dell'avvenuta Osservazione di un numero di azioni superiori rispetto a quanto richiesto.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024	Cod. PN/110/02/2024 Rev. 1 Del 06/02/2024 Pag. 6 di 11

REPORT OSSERVAZIONI IGIENE MANI ANNO 2023

UU.OO.	N. OPPORTUNITA'	N. AZIONI	COMPLIANCE
CARDIOLOGIA/UTIC/ AMBULATORIO	775	723	93,29%
CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	1598	1450	90,74%
PASS AMATRICE / ACCUMOLI	805	778	96,65%
HOSPICE	502	524	104,38% *
LONG SURGERY	861	861	100%
MEDICINA 1	1105	1092	98,82%
MEDINEF	1585	1583	99,87%
MURG	1095	996	90,96%
ONCOLOGIA	480	479	99,79%
OSTETRICIA/ GINECOLOGIA	584	578	98,97%
PEDIATRIA	776	750	96,65%
POGGIO MIRTETO AMBULATORI	717	695	96,93%
POGGIO MIRTETO STRUTTURA RIABILITATIVA	574	563	98,08%
DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI	1490	1538	103,22% *
LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	659	651	98,79%
CENTRO RIANIMAZIONE	466	464	99,57%
ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA	850	794	93,41%
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE/ WEEK	557	561	100,72% *
TOTALE	15479	15080	97,42%

*La compliance > del 100% è indicativa dell'avvenuta Osservazione di un numero di azioni superiori rispetto a quanto richiesto.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024	Cod. PN/110/02/2024 Rev. 1 Del 06/02/2024 Pag. 7 di 11

5. MODALITA' OPERATIVE

Il Piano di Azione Locale 2024 della Asl Rieti prevede, in analogia quanto realizzato nel triennio precedente, una strategia complessiva di consolidamento dei risultati del triennio e in generale della cultura della sicurezza delle cure e della consapevolezza dell'importanza della corretta pratica dell'igiene delle mani per la prevenzione delle ICA.

Le azioni di miglioramento riguardano diverse attività quali:

- attività di comunicazione/informazione permanente,
- attività di formazione del personale,
- attività di monitoraggio e di implementazione.

Le attività pianificate nel presente documento costituiscono il necessario continuum e il completamento delle attività aziendali del triennio di applicazione del Piano Regionale, declinate a livello aziendale.

5.1 COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE PERMANENTE

Permettere al personale, ai pazienti ed all'utenza di fruire facilmente ed in qualsiasi momento delle informazioni di base relative alle procedure di igiene delle mani. Queste attività sono state già adottate a partire dal 2021 ma necessitano di puntuale ricognizione e, ove necessario, di integrazione e/o aggiornamento.

- a) **Affissione di infografica** relativa alla corretta igiene delle mani presso tutti i punti di lavaggio²
- b) **Verifica della persistenza sul sito aziendale dell'infografica OMS per il lavaggio delle mani:** immagini esplicative delle fasi necessarie al corretto lavaggio delle mani con acqua e sapone e con gel idro-alcolico.
- c) **Informazione ai pazienti e/o utenza:** Promozione della giornata mondiale sull'igiene delle mani (5 maggio) e della promozione continua della cultura del miglioramento della sicurezza delle cure attraverso affissione di infografiche, allestimento di desk informativi e divulgativi e/o distribuzione di materiali informativi e/o gadget commemorativi della giornata e delle ulteriori iniziative aziendali presso le principali sedi della Asl Rieti (vedi par 5.2 e 5.4).

5.2 FORMAZIONE 2024

La formazione specifica sull'igiene delle mani è risultata essere un cardine fondamentale dei Piani di azione Locale del triennio precedente, e viene riproposta nel presente Piano di Azione per il 2024 declinandola nelle seguenti attività:

- **formazione obbligatoria in modalità FAD per gli operatori non ancora formati e/o neoassunti;**
- **formazione FAD per gli studenti tirocinanti dei CdL delle Professioni Sanitarie immatricolati nell'A.A. 2023-2024;**

² Infografica OMS sui 5 momenti della corretta igiene delle mani. <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day>

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024	Cod. PN/110/02/2024 Rev. 1 Del 06/02/2024 <hr/> Pag. 8 di 11

- **formazione in presenza per i coordinatori che saranno addetti alle attività di monitoraggio dell'adesione e corretta esecuzione dell'igiene delle mani (osservazioni, vedi par. 5.3).**

Per le ulteriori iniziative formative si veda anche il par. 5.4.

5.3 AZIONI DI MONITORAGGIO

A partire dal 2021 è stato adottato dalla Asl Rieti un sistema di monitoraggio per verificare la effettiva e corretta applicazione delle procedure di igienizzazione delle mani mediante Osservazione diretta delle attività svolte dagli operatori sanitari nei punti di assistenza, così come richiesto dal Documento di indirizzo della Regione Lazio "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani 2021-2023". Sono stati inoltre proposti ai sanitari due tipologie di questionari. Un primo questionario regionale valutativo delle Conoscenze (2021) ed un secondo questionario (survey interna) relativo alla Percezione del sanitario sull'importanza dell'igiene delle mani come prevenzione delle ICA (2021 e 2022).

Ad inizio 2024 sono stati diffusi a tutti i Direttori/Responsabili delle UU.OO./Strutture e al CCICA - GOAS il questionario di rivalutazione sul livello delle conoscenze e la rendicontazione finale delle attività svolte nel triennio con i relativi risultati.

Nel 2024 si prevedono le seguenti azioni di monitoraggio:

- **Osservazioni sul campo sulla corretta pratica dell'igiene delle mani** durante le attività assistenziali. Al fine di un confronto omogeneo le osservazioni verranno ripetute su alcune UU.OO. del 2023, implementate di ulteriori n°10 UU.OO.

Le UU.OO. che saranno oggetto di osservazioni nel 2024, sono di seguito elencate:

1. Ostetricia/Ginecologia
2. Ortopedia/Traumatologia
3. Chirurgia Multidisciplinare 1
4. Chirurgia Multidisciplinare 2
5. Medicina 1 sez. A
6. Medicina 1 sez. B
7. Pediatria/Nido
8. Medinef Donne
9. Medinef Uomini
10. Oncologia
11. Lungod./Riabilit. Intensiva/Neurologia
12. Cardiologia/Utic
13. Centro Rianimazione
14. Medicina d'Urgenza (MURG)
15. Hospice
16. Struttura Riabilitativa (Poggio Mirteto)
17. Lungodegenza (Magliano Sabina)
18. Distretto 1 – Amatrice/Accumoli

Aree di nuova osservazione:

19. SPDC

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024	Cod. PN/110/02/2024 Rev. 1 Del 06/02/2024 Pag. 9 di 11

- 20. Pronto Soccorso (Boarding)
- 21. Malattie Infettive
- 22. Oncologia DH
- 23. Centro Emodialisi
- 24. Gastroenterologia
- 25. Ambulatorio Urologico
- 26. Radioterapia
- 27. Diabetologia
- 28. Pneumologia

Le osservazioni per il 2024 avranno inizio dopo la formazione programmata per gli osservatori.

- **Consumo di gel idroalcolico:** verifica dei consumi di gel idroalcolico sulla base della reportistica UOC Politiche del Farmaco (con **focus sui consumi in area critica Rianimazione, UTIC, Area interventistica cardiologica, area degenza medica e chirurgica**) e dei dati SIS sulle giornate di degenza.
- **Autovalutazione³ delle strutture aziendali riguardanti i 5 elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani** come da linee guida del Piano Regionale per l'igiene delle mani 2021-2023 (che stabilisce un target di livello minimo per il 2023 corrispondente 3-livello intermedio). I questionari autovalutativi sono stati già stati somministrati nel 2021 per valutare il posizionamento iniziale della Asl Rieti ed impostare la pianificazione delle azioni necessarie al miglioramento. A inizio 2024, a chiusura delle attività del triennio precedente vengono riproposti ai Direttori/Responsabili di UUOO/strutture per rivalutare i seguenti macro ambiti:
 - 1) REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI
 - 2) FORMAZIONE DEL PERSONALE
 - 3) MONITORAGGIO E FEEDBACK
 - 4) COMUNICAZIONE PERMANENTE
 - 5) CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT AZIENDALE

5.4 NUOVE ATTIVITA' 2024

Rispetto al Piano di azione 2023, sono state pianificate le seguenti nuove attività:

- **Proposta di utilizzo del box pedagogico presso almeno 1 delle 5 RSA accreditate e presso almeno 2 SSA qualora disponibili, operanti nel territorio aziendale da parte del DAPS – Infermiere di Famiglia;**

³WHO - Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions dell'OMS

 AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024	Cod. PN/110/02/2024 Rev. 1 Del 06/02/2024 Pag. 10 di 11

- **Coinvolgimento di almeno 1 Istituto Scolastico (secondarie di primo o secondo grado), qualora disponibile, nella formazione sull'importanza della corretta igiene delle mani con box pedagogico (lezione teorico-pratica a scuola), da parte del DAPS – Infermiere di Famiglia;**
- **Coinvolgimento attivo dei pazienti e dei loro familiari/caregivers disponibili in un percorso di formazione sulla corretta igiene delle mani al domicilio, da parte del DAPS – Infermiere di Famiglia.**
- **Formazione obbligatoria sul campo degli operatori attraverso un percorso guidato e l'utilizzo di un box pedagogico dedicata al personale della Struttura Riabilitativa di Poggio Mirteto da parte della DMO in collaborazione con l'UOC Risk Management;**

6. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. Determinazione Regione Lazio - Salute e integrazione sociosanitaria n. G16501 del 28/11/2022 "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
2. Determinazione Regione Lazio 26 Febbraio 2021 n. G02044 Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani "- Piano triennale Regione Lazio per l'igiene delle mani 2021-2023
3. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.
4. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
5. Template Action Plan, WHO, 2009
6. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
8. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012
9. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012
10. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34
11. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti –Protocollo ECDC". Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
12. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ANNO 2024	Cod. PN/110/02/2024 Rev. 1 Del 06/02/2024 Pag. 11 di 11

13. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. *American Journal of Infection Control*, 1991,19:243-249.
14. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2005, 26:316-320.
15. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2004, 25:262-264.
16. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.
17. Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.
18. <http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica> (data ultima consultazione: 2 dicembre 2020).
19. Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017
20. Mar 3. PMID: 29533568.
21. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 Mar.
22. Wałaszek MZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, *Journal of Hospital Infection* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.023>
23. E. Ricchizzi; C. Gagliotti et al. Promuovere l'adesione all'igiene delle mani: l'esperienza della regione Emilia Romagna, *GIMPIOS* vol. 13, gennaio-marzo 2023.

7. ALLEGATI

- Allegato 1 – Relazione finale Piano di azione Locale igiene delle mani 2023 (compreso report Osservazioni e Formazione);
- Allegato 2 – Infografica OMS presente su sito aziendale
- Allegato 3 - Scheda di osservazione in uso
- Allegato 4 – Questionari autovalutativi di struttura
- Allegato 5 – Cronoprogramma Osservazioni 2024

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2021-2023 ASL RIETI

REPORT delle attività svolte nell'anno 2023

COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE PERMANENTE	DESCRIZIONE ATTIVITA'	PERIODO DI ESECUZIONE
INFOGRAFICA OMS LAVAGGIO MANI lavaggio sociale + lavaggio con gel	-Presente su SITO ASL RI Area Privata -Presente nei punti di accesso alle strutture sanitarie e sui lavabi delle aree di degenza.	Permanente dal 2021
PROCEDURE VIDEO: 1) come lavare le mani con acqua e sapone. 2) come lavare le mani con gel idroalcolico	Publicati e presenti su SITO ASL RI -Area riservata-	Permanente dal 2021
MATERIALI/ATTIVITA INFORMATIVA per utenza su corretta igiene mani	Promozione e informazione della popolazione con allestimento di desk informativi e divulgativi per l'utenza presso i principali punti di accesso alle strutture sanitarie della ASL RI, distribuzione di campioncini di gel idroalcolico e di gadget adesivo commemorativo della giornata mondiale sull'igiene delle mani del 5 maggio.	5 MAGGIO 2023
FORMAZIONE		
RETRAINING FORMAZIONE OBBLIGATORIA OPERATORI SANITARI NON ANCORA FORMATI modalità FAD	FAD erogato al personale sanitario aziendale che non ha effettuato tale formazione nel 2021 e 2022 (residuo da formare): - formati 2023 n. 69	FAD attivo dal 28/04 al 30/06/2023
FORMAZIONE PER GLI STUDENTI PROFESSIONI SANITARIE MODALITA' FAD	AZIONE DI IMPLEMENTAZIONE FAD erogato agli studenti tirocinanti dei CdL delle Professioni Sanitarie vari profili sanitari (infermieri, Fisioterapisti, TSRM, TPALL, TLB). - Studenti/tirocinanti formati n. 120	FAD attivo dal 04/05/2023 al 30/07/2023
FORMAZIONE FAD PER IL PERSONALE AMMINISTRATIVO	AZIONE DI IMPLEMENTAZIONE FAD procedure video sulla corretta igiene delle mani: - Amministrativi formati n. 227 Inoltre lo stesso FAD è stato proposto anche alle ditte appaltanti con mail da parte dell'uff. formazione in data 20/07/2023	FAD attivo dal 28/04/2023 al 30/06/2023
FORMAZIONE IN PRESENZA COORDINATORI, DIRETTORI DIDATTICI CDL, OSSERVATORI USO DEL BOX DIDATTICO	AZIONE DI IMPLEMENTAZIONE 03/03/2023 Illustrazione e modalità d'uso del box didattico per la corretta igiene delle mani - Coordinatori, d.d. ed osservatori formati n. 53	FORMAZIONE IN PRESENZA 03/03/2023

FORMAZIONE SUL CAMPO USO DEL BOX DIDATTICO PER IL PERSONALE SANITARIO	AZIONE DI IMPLEMENTAZIONE Avviato dal 6/03/2023 fino al 05/12/2023 su 23 u.o ospedaliere e 5 territoriali - Personale sanitario formato sul campo con il box didattico n. 544 partecipanti	FORMAZIONE SUL CAMPO BOX DIDATTICO dal 6/03/2023 fino al 05/12/2023																																				
FORMAZIONE PER RSA	AZIONE DI IMPLEMENTAZIONE Proposta formativa FAD con PDF e procedure video per le RSA con nota inviata da uff. formazione in data 30/06/2023	FAD attivo dal 30/06/2023 al 31/10/2023																																				
FORMAZIONE PER SSA	Proposta formativa FAD con PDF e procedure video per le SSA con nota inviata da Unità Valutativa di controllo (Dr.ssa De Matteis) in data 03/10/2023	FAD attivo dal 03/10/2023 al 15/11/2023																																				
N. TOTALE OPERATORI AZIENDALI FORMATI SULLA CORRETTA IGIENE DELLE MANI NEL TRIENNIO 2021-2023	<p>2021 TOTALE N. 1350 di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1313 tutti profili sanitari in modalità FAD - 37 Pull formatori/osservatori in presenza <p>2022 TOTALE N. 1640 di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1211 sanitari tutti i profili in modalità FAD - 267 Tirocinanti CdL in modalità FAD - 162 OSS/OTA in presenza <p>2023 TOTALE N. 1020 di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 69 tutti i profili sanitari in modalità FAD - 127 Tirocinanti CdL in modalità FAD - 227 Personale amministrativo - 53 coordinatori, D.D. CdL, osservatori in presenza - 544 sanitari tutti i profili, OSS/OTA - 618 operatori appartenenti a 65 SSA su 73 presenti sul territorio 	Nel corso del triennio 2021-23																																				
AZIONI DI MONITORAGGIO																																						
OSSERVAZIONI SUL CAMPO	<p>REPORT OSSERVAZIONI IGIENE MANI ANNO 2021</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>UU.OO.</th> <th>N. OPPORTUNITA'</th> <th>N. AZIONI</th> <th>COMPLIANCE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA</td> <td>136</td> <td>102</td> <td>75,00%</td> </tr> <tr> <td>PASS AMATRICE / ACCUMOLI</td> <td>103</td> <td>99</td> <td>96,12%</td> </tr> <tr> <td>LONG SURGERY</td> <td>408</td> <td>236</td> <td>57,84%</td> </tr> <tr> <td>POGGIO MIRTETO AMBULATORI</td> <td>259</td> <td>184</td> <td>71,04%</td> </tr> <tr> <td>DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI</td> <td>766</td> <td>513</td> <td>66,97%</td> </tr> <tr> <td>LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA</td> <td>267</td> <td>170</td> <td>63,67%</td> </tr> <tr> <td>CENTRO RIANIMAZIONE</td> <td>256</td> <td>179</td> <td>69,92%</td> </tr> <tr> <td>TOTALE</td> <td>2195</td> <td>1483</td> <td>67,56%</td> </tr> </tbody> </table>	UU.OO.	N. OPPORTUNITA'	N. AZIONI	COMPLIANCE	CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	136	102	75,00%	PASS AMATRICE / ACCUMOLI	103	99	96,12%	LONG SURGERY	408	236	57,84%	POGGIO MIRTETO AMBULATORI	259	184	71,04%	DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI	766	513	66,97%	LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	267	170	63,67%	CENTRO RIANIMAZIONE	256	179	69,92%	TOTALE	2195	1483	67,56%	DAPS, DMO, UOC RISK (elaborazione e restituzione dati)
UU.OO.	N. OPPORTUNITA'	N. AZIONI	COMPLIANCE																																			
CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	136	102	75,00%																																			
PASS AMATRICE / ACCUMOLI	103	99	96,12%																																			
LONG SURGERY	408	236	57,84%																																			
POGGIO MIRTETO AMBULATORI	259	184	71,04%																																			
DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI	766	513	66,97%																																			
LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	267	170	63,67%																																			
CENTRO RIANIMAZIONE	256	179	69,92%																																			
TOTALE	2195	1483	67,56%																																			

REPORT OSSERVAZIONI IGIENE MANI ANNO 2022

UU.OO.	N. OPPORTUNITA'	N. AZIONI	COMPLIANCE
CARDIOLOGIA/UTIC/ AMBULATORIO	749	674	89,99%
CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	296	255	86,15%
PASS AMATRICE / ACCUMOLI	188	179	95,21%
LONG SURGERY	585	420	71,79%
MEDICINA 1	455	302	66,37%
MEDINEF	1410	1609	114,11% *
MURG	281	170	60,50%
ONCOLOGIA	540	490	90,74%
OSTETRICIA/ GINECOLOGIA	322	251	77,95%
PEDIATRIA	288	274	95,14%
POGGIO MIRTETO AMBULATORI	389	234	60,15%
DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI	720	313	43,47%
LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	182	144	79,12%
CENTRO RIANIMAZIONE	517	313	60,54%
ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA	616	366	59,42%
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE/ WEEK	416	332	79,81%
TOTALE	7954	6326	79,53%

*La compliance > del 100% è indicativa dell'avvenuta Osservazione di un numero di azioni superiori rispetto a quanto richiesto.

REPORT OSSERVAZIONI IGIENE MANI ANNO 2023

UU.OO.	N. OPPORTUNITA'	N. AZIONI	COMPLIANCE
CARDIOLOGIA/UTIC/ AMBULATORIO	775	723	93,29%
CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	1598	1450	90,74%
PASS AMATRICE / ACCUMOLI	805	778	96,65%
HOSPICE	502	524	104,38% *
LONG SURGERY	861	861	100%
MEDICINA 1	1105	1092	98,82%
MEDINEF	1585	1583	99,87%
MURG	1095	996	90,96%
ONCOLOGIA	480	479	99,79%
OSTETRICIA/ GINECOLOGIA	584	578	98,97%
PEDIATRIA	776	750	96,65%
POGGIO MIRTETO AMBULATORI	717	695	96,93%
POGGIO MIRTETO STRUTTURA RIABILITATIVA	574	563	98,08%
DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI	1490	1538	103,22% *
LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	659	651	98,79%
CENTRO RIANIMAZIONE	466	464	99,57%
ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA	850	794	93,41%
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE/ WEEK	557	561	100,72% *
TOTALE	15479	15080	97,42%

*La compliance > del 100% è indicativa dell'avvenuta Osservazione di un numero di azioni superiori rispetto a quanto richiesto.

REPORT COMPLIANCE E TREND COMPLESSIVO ANNO 2023

UU.OO.	COMPLIANCE al 30/06/2023	COMPLIANCE al 31/12/2023	TREND al 30/06/2023	TREND al 31/12/2023
CARDIOLOGIA/UTIC / AMBULATORIO	94,38%	93,29%	-2,45%	-1,09%
CASA DELLA SALUTE MAGLIANO SABINA	80,78%	90,74%	-0,05%	+9,96%
PASS AMATRICE / ACCUMOLI	92,70%	96,65%	+15,78%	+3,95%
HOSPICE	110,67% *	104,38% *	-5,12%	-6,29%
LONG SURGERY	100,00%	100%	0%	0%
MEDICINA 1	98,04%	98,82%	+0,21%	+0,78%
MEDINEF	100,36% *	99,87%	+0,63%	-0,49%
MURG	94,39%	90,96%	-2,28%	-3,43%
ONCOLOGIA	99,52%	99,79%	-0,48%	+0,27%
OSTETRICIA/ GINECOLOGIA	98,61%	98,97%	-2,39%	+0,36%
PEDIATRIA	93,72%	96,65%	+0,43%	+2,93%
POGGIO MIRTETO AMBULATORI	96,30%	96,93%	-2,82%	+0,63%
POGGIO MIRTETO STRUTTURA RIABILITATIVA	100,00%	98,08%	0%	-1,92%
DISTRETTO 1 POLIAMBULATORI RIETI	106,15% *	103,22% *	+7,98	-2,93%
LUNGODEGENZA/ RIABILITAZIONE/ NEUROLOGIA	97,00%	98,79%	+5,08%	+1,79%
CENTRO RIANIMAZIONE	99,20%	99,57%	-3,28%	+0,37%
ORTOPEDIA/ TRAUMATOLOGIA	88,61%	93,41%	+8,26%	+4,8%
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE / WEEK	101,59% *	100,72% *	-3,73%	-0,87%
TOTALE	96,80%	97,42%	+1,12%	+0,62%

*La compliance > del 100% è indicativa dell'avvenuta Osservazione di un numero di azioni superiori rispetto a quanto richiesto.

PROFILI PROFESSIONALI	ANNO 2021	ANNO 2022	ANNO 2023	TREND AL 31/12/22	TREND AL 31/12/22
1.1 INFERMIERE	76,91%	80,46%	98,36%	+3,55%	+17,9%
1.2 OSTETRICA	--	93,85%	98,82%	--	+4,97%
1.3 STUDENTI	63,89%	83,69%	95,51%	+19,8%	+11,82%
2. OSS	56,86%	85,76%	98,17%	+28,9%	+12,41%
3.1 MEDICINA INTERNA	52,50%	72,70%	94,21%	+20,2%	+21,51%
3.2 CHIRURGO	35,29%	47,68%	95,31%	+12,39	+47,63%
3.3 ANESTESISTA / RIANIMATORE / MEDICO D'EMERGENZA	93,75%	50,53%	92,22%	-43,22%	+41,69%
3.4 PEDIATRA	100,00%	100,00%	95,05%	0%	-4,95%
3.5 ALTRO	50,82%	54,67%	92,15%	+3,85%	+37,48%
3.6 MEDICO STUDENTE	46,15%	89,73%	83,33%	+43,58%	-6,4%
4.1 TERAPEUTA	66,67%	69,14%	98,80%	+2,47%	+29,66%
4.2 TECNICO	60,00%	64,29%	90,91%	+4,29%	+26,62%
4.3 ALTRO	63,16%	54,92%	100,23% *	-8,24%	+45,31%

*La compliance > del 100% è indicativa dell'avvenuta Osservazione di un numero di azioni superiori rispetto a quanto richiesto.

CONSUMO GEL IDROALCOOLICO

Verifica consumi gel idroalcolico 2023 sulla base della reportistica UOC Politiche del Farmaco

UOC Politiche del Farmaco, DMO (elaborazione dati)

		consumo /GGDD e inserimento dati in piattaforma CSIA)
AUTOVALUTAZIONE DI FINE TRIENNIO DELLE STRUTTURE AZIENDALI RIGUARDANTI I 5 ELEMENTI DELLA STRATEGIA MULTIMODALE PER IL MIGLIORAMENTO DELL'IGIENE DELLE MANI 2021-2023	<p>I. Requisiti strutturali e tecnologici</p> <p>II. Formazione del personale</p> <p>III. Monitoraggio e feedback</p> <p>IV. Comunicazione permanente</p> <p>V. Clima organizzativo e commitment</p> <p>VEDI SLIDE ALLEGATE</p>	UOC DMO, UOC RISK MANAGEMENT, UOSD Formazione, DAPS
AZIONI DI IMPLEMENTAZIONE	ulteriori attività svolte a cura del board di coordinamento aziendale	
AGGIORNAMENTO PROCEDURA AZIENDALE IGIENE DELLE MANI	Procedura "igiene delle mani" aggiornata con documento deliberato e pubblicato sul sito aziendale https://www.asl.rieti.it/procedure-aziendali/procedure-di-risk-management	Documento Rev.01 del 24/02/2023
FORMAZIONE IN PRESENZA COORDINATORI, DIRETTORI DIDATTICI CDL, OSSERVATORI USO DEL BOX DIDATTICO	AZIONE DI IMPLEMENTAZIONE Formazione in presenza – "Illustrazione e modalità d'uso del box didattico per la corretta igiene delle mani " Coordinatori, d.d. ed osservatori formati n.53	03/03/2023
FORMAZIONE SUL CAMPO USO DEL BOX DIDATTICO PER IL PERSONALE SANITARIO	AZIONE DI IMPLEMENTAZIONE Avviato dal 6/03/2023 fino al 05/12/2023 su 23 U.O ospedaliere e 5 u.o. territoriali - Personale sanitario formato sul campo con il box didattico n. 544 partecipanti	FORMAZIONE SUL CAMPO BOX DIDATTICO dal 6/03/2023 fino al 05/12/2023
FORMAZIONE PER GLI STUDENTI PROFESSIONI SANITARIE MODALITA' FAD	AZIONE DI IMPLEMENTAZIONE FAD erogato agli studenti tirocinanti dei CdL delle Professioni Sanitarie vari profili sanitari (infermieri, Fisioterapisti, TSRM, TPALL, TLB). - Studenti/tirocinanti formati n. 120	FAD attivo dal 04/05/2023 al 30/07/2023
FORMAZIONE FAD PER IL PERSONALE AMMINISTRATIVO	AZIONE DI IMPLEMENTAZIONE FAD procedure video sulla corretta igiene delle mani: - Amministrativi formati n. 227 Inoltre tale FAD è stato proposto anche alle ditte appaltanti con mail da parte dell'uff. formazione in data 20/07/2023	FAD attivo dal 28/04/2023 al 30/06/2023

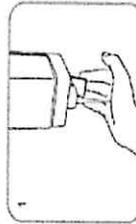


Procedura per l'igiene delle mani con acqua e sapone

Per ridurre efficacemente la carica microbica sulle mani, il lavaggio deve durare almeno 40-60 secondi



0
Bagna le mani con l'acqua



1
applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



2
friziona le mani palmo contro palmo



3
il palmo destro sopra il corso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



4
palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



5
frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



6
frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra stretta tra loro nel palmo sinistro e viceversa



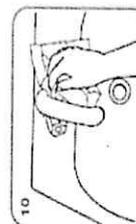
7
corso della dita contro il palmo opposto, tenendo le dita strette tra loro



8
Risciacqua le mani con l'acqua



9
asciuga accuratamente con una salvietta monouso



10
usa la salvietta per chiudere il rubinetto



11
...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands



Procedura per l'igiene delle mani con gel idroalcolico

Per ridurre efficacemente la carica microbica sulle mani, la frizione con soluzione alcolica deve durare almeno 20-30 secondi



1a Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



2 frizionare le mani palmo contro palmo



3 il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e 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 asciutte, le tue mani sono sicure.



World Health Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands



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

Ospedale/Struttura	Periodo n.	Sessione n.
Dipartimento	Data (GG/MM/AAAA)	Osservatore (iniciali)
Reparto	Inizio/Fine (H.M.M.M)	Scheda n.
Servizio	Durata Sessione (minuti)	Città

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

**PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI
QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE PER LE STRUTTURE**

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

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

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

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SÌ	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SÌ	5
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
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SÌ	5
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SÌ	7.5
C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	SÌ	7.5

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

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

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SÌ	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	5
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	SÌ	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo istituzionale da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	5

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

CRONOPROGRAMMA PIANO IGIENE DELLE MANI U.O. ANNO 2024 -DEGENZE E SERVIZI -

OSSERVATORI	OSSERVATORI												TOTALE
	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre	
OSTETRICA/GINECOLOGIA	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE 1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
CHIRURGIA MULTIDISCIPLINARE 2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
MEDICINA 1 SEZ. A	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
MEDICINA 1 SEZ. B	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
PEDIATRIA/NIDO	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
MEDINEF DONNE	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
MEDINEF UOMINI	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
ONCOLOGIA	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
LUNGOD/RIABILITAZ. INTENSIVA/NEUROLOGIA	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
CARDIOLOGIA/UTIC	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
CENTRO RIANIMAZIONE	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
MEDICINA D'URGENZA (MURG)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
HOSPICE	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
AMATRICE/ACCUMOLI (DISTRETTO 1)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
STRUTTURA RIABILITATIVA (POGGIO MIRTETO)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
LUNGODEGENZA (MAGLIANO SABINA)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
SPDC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PRONTO SOCCORSO (BOARDING)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MALATTIE INFETTIVE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ONCOLOGIA DH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CENTRO EMOIDIALISI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GASTROENTEROLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AMBULATORIO UROLOGICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RADIOTERAPIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIABETOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PNEUMOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DORA EMILSE RUEDA TUBERQUIA	90	90	90	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
PERIODO DI OSSERVAZIONE ANNO 2024													
OSSERVATORI = N° 26													
UU.OO. = N°28													
Totale Osservazioni n° 1580													

Redatto dalla Referente aziendale
 Piano Osservazioni Igiene Mani
 UOS Igiene e Profilassi Ospedaliera (DMO)
 Dr.ssa Rita De Mari