

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

ASL ROMA 5

INDICE

1.	Contesto Organizzativo	pag. 03
1.1	Introduzione al PARS 2024	pag. 06
1.2	Gestione del Rischio infettivo	pag. 07
2.	Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati	pag. 09
3.	Descrizione della posizione assicurativa	pag. 11
4.	Resoconto delle attività del Piano Precedente	pag. 11
4.1	Resoconto della sezione “Gestione del Rischio” del PARS 2023	pag. 11
4.2	Resoconto della sezione “Gestione del Rischio Infettivo” del PARS 2023	pag. 12
5.	Matrice delle Responsabilità	pag. 15
6.	Obiettivi ed attività per la gestione del Rischio	pag. 15
6.1	Obiettivi 2024 per la gestione del Rischio (ex PARM)	pag. 16
6.2	Attività 2024 per la gestione del Rischio	pag. 16
7.	Obiettivi e attività per la gestione del Rischio Infettivo	pag. 19
7.1	Obiettivi 2023 per la gestione del R.I. (Ex PAICA)	pag. 19
7.2	Attività 2023 per la gestione del R.I.	pag. 19
8.	Modalità di Diffusione del Documento	pag. 23
9.	Bibliografia e Sitografia	pag. 23
10.	Riferimenti Normativi	pag. 24

1. Contesto Organizzativo

L'azienda Sanitaria Locale Roma 5 è un ente, senza fini di lucro, parte integrante del sistema sanitario della Regione Lazio, avente la finalità di assicurare nel territorio di competenza la tutela della salute della popolazione in conformità alle normative Nazionali e Regionali.

Il territorio della ASL Roma 5 (di seguito Azienda), comprende 70 Comuni divisi in sei Distretti Sanitari:

- G1: Monterotondo
- G2: Guidonia
- G3: Tivoli
- G4: Subiaco
- G5: Palestrina
- G6: Colferro

per una estensione di 1.813,7 Km². La popolazione residente nel territorio aziendale è di 492.690 persone (*fonte Lazio in numeri – statistica Lazio 2022*).

La Sede Legale della Azienda è in Via Acquaregna 1/15 Tivoli.

Il sito internet aziendale è all'indirizzo web: <http://www.aslroma5.it>

La rete ospedaliera della ASLRoma5 consta di 5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta:

- P.O. "S. Giovanni Evangelista" di Tivoli
- P.O. "L. Parodi Delfino" di Colferro
- P.O. "Coniugi Bernardini" di Palestrina
- P.O. "SS. Gonfalone" di Monterotondo
- P.O. "A. Angelucci" di Subiaco

Nella Tabella 1 sono schematizzati i dati strutturali e di attività sintetici per l'azienda, mentre nella Tabella 2 sono riportati i dati di dettaglio dei singoli Presidi Ospedalieri.

Tabella 1 – ASL ROMA 5. Dati Aziendali Aggregati¹

DATI STRUTTURALI			
Estensione territoriale	1.813,7 Km ²	Popolazione residente ²	492.690
Distretti Sanitari	Monterotondo Guidonia Tivoli Subiaco Palestrina Colleferro	Presidi Ospedalieri Pubblici	Monterotondo Tivoli Subiaco Palestrina Colleferro
Posti letto ordinari	456	Area Medica	233
		Area Chirurgica	145
		SPDC	45
		UTIC	10
		Anestesia e Rianimazione	23
Posti letto diurni	84	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	5	Numero Sale Operatorie	19
Numero Terapie Intensive	3	Numero UTIC	2
DATI DI ATTIVITÀ			
Numero ricoveri ordinari ¹	12881	Numero ricoveri diurni ¹	3062
Numero accessi PS ¹	101427	Numero neonati	533
Branche specialistiche (nelle UO ospedaliere)	26 (escluso Lab. Analisi)	Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici	1.457.633 ^A

A Prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche e private convenzionate, agenti sul territorio della ASL Roma 5 escluse le prestazioni di laboratorio analisi.

¹ Fonte Dati: UOC Flussi Informativi –SIO_SIAS-SIES al 31/12/2023

² fonte Lazio in numeri – statistica Lazio 2022

Tabella 2 – ASL ROMA 5. Dati per singolo Presidio Ospedaliero¹

P.O. “L. Parodi Delfino” COLLEFERRO			
Posti letto ordinari	118	Area Medica	47
		Area Chirurgica	44
		SPDC	16
		UTIC	4
		Anestesia e Rianimazione e Terapia sub intensiva	4 +3
Posti letto diurni	20	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	4
Numero ricoveri ordinari	3323	Numero ricoveri diurni	787
Numero accessi PS	23462	Numero neonati	0
P.O. “SS. Gonfalone” MONTEROTONDO			
Posti letto ordinari	54 (comprende p.l. lungodegenza)	Area Medica	30
		Area Chirurgica	10
		SPDC	14
Posti letto diurni	6	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	3
Numero ricoveri ordinari	1436	Numero ricoveri diurni	665
Numero accessi PS	16615	Numero neonati	0
P.O. “Coniugi Bernardini” PALESTRINA			
Posti letto ordinari	72	Area Medica	44
		Area Chirurgica	22
		Terapia Sub intensiva	6
Posti letto diurni	20	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	3
Numero ricoveri ordinari	2021	Numero ricoveri diurni	442
Numero accessi PS	22861	Numero neonati	0
P.O. “S. Giovanni Evangelista” TIVOLI			
Posti letto ordinari	178	Area Medica	82
		Area Chirurgica	59
		SPDC	15
		UTIC	6

		Anestesia, Rianimazione e Subintensiva	16
Posti letto diurni	33	Servizi Trasfusionali	1
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	6
Numero ricoveri ordinari	5227	Numero ricoveri diurni	1018
Numero accessi PS	30857	Numero neonati	533
P.O. "A. Angelucci" SUBIACO			
Posti letto ordinari	40 (comprende p.l. lungodegenza)	Area Medica	30
		Area Chirurgica	10
Posti letto diurni	5	Servizi Trasfusionali	NO
Numero Blocchi Operatori	1	Numero Sale Operatorie	2
Numero ricoveri ordinari	874	Numero ricoveri diurni	150
Numero accessi PS	7632	Numero neonati	0

¹ Fonte Dati: UOC Flussi Informativi -SIO_SIAS-SIES al 31/12/2023

1.1 Introduzione al PARS 2024

La stesura del presente PARS segue le indicazioni presenti nella Nota Regionale U0124752 del 02/02/2023 e nella Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)" e pertanto coniuga i documenti denominati in precedenza PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza).

Inoltre, come da contenuti della nota regionale U.0091714 del 22/01/2024, implementa i contenuti delle determinazioni regionali G.02044 del 26/01/2021 e G.16501 del 28/11/2022.

Lo scopo di questo nuovo documento unico denominato PARS, come specificato dalla Regione Lazio, è:

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

L'Azienda ASL Roma 5, con la figura del Risk Manager e attraverso le politiche di Risk Management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

L'attuale PARS si inserisce nel percorso che prosegue e rafforza le azioni messe in atto nel PARS precedente per il miglioramento della qualità e la sicurezza delle cure partendo dalla necessità di considerare l'errore come una opportunità di apprendimento.

Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistemica basata sulla valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione e implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa e nella predisposizione di taluni processi decisionali di sistema.

In quest'ottica, il ruolo di promozione attiva del Team di Risk Management assume, quindi sempre più, una caratterizzazione di indipendenza professionale alle dirette dipendenze della Direzione Strategica Aziendale. Le attività che si realizzano attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di Rischio Clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali. La strategia definita attraverso il Piano si rifà alla necessità di passare da un sistema che subisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che, invece, gestisce i rischi, ovvero la promozione del passaggio da un sistema reattivo a un sistema prevalentemente pro-attivo e preventivo.

In relazione alla necessità di diffondere la cultura della sicurezza delle cure è stato realizzato un processo di sensibilizzazione dei medici e del comparto con l'obiettivo di realizzare un continuo controllo di qualità sulla risposta alla domanda di cura; nello specifico sono stati chiariti gli aspetti culturali che riguardano nello specifico gli audit intesi appunto come strumento sereno ed irrinunciabile in un processo di miglioramento organizzativo. Anche in questo senso il corso di formazione in rischio clinico annualmente programmato contiene anche questi aspetti a disposizione del comparto e della dirigenza.

Tutte le strutture aziendali, per quanto di competenza, collaborano con il team di Risk Management per la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni necessarie, apportando un prezioso contributo

1.2 Gestione del Rischio infettivo

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, con Deliberazione del Direttore Generale n. 502 del 21 aprile 2006, ha istituito il Comitato delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) con individuazione dei componenti; con delibere n.518 del 09/05/2007; n° 870 del 04/10/2011; n° 499 del 08/07/2014; n° 251 del 29/04/2016; n° 394 del 22/05/2018 e n° 990 del 26/11/2018 ha modificato la composizione originaria.

Con Delibera n° 72 del 06/02/2017 è stato deliberato il regolamento per il funzionamento del CC-ICA ad oggi vigente.

In ultimo con deliberazione 1673 del 29/09/2022 è stata definita la nuova composizione del CC-ICA.

Il suddetto Comitato ha le seguenti funzioni:

- elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.);
- promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale;
- promuovere la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza, sulla distribuzione delle antibiotico-resistenze e dei microrganismi multi farmaco resistenti;
- segnalare la comparsa di epidemie ed eventi sentinella associati alle pratiche assistenziali;
- validare e diffondere linee guida sull'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi e dei dispositivi medici e sulle procedure di disinfezione e sterilizzazione;
- avviare programmi di sorveglianza e controllo nelle aree di cura ad elevato rischio di infezioni correlate all'assistenza;
- avviare programmi di prevenzione, monitoraggio ed incidenza delle infezioni del sito chirurgico;
- validare e diffondere protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel processo di cure
- monitorare l'applicazione delle linee guida e di protocolli mirati per il controllo delle ICA
- definire nell'ambito di specifiche tematiche, la formazione di gruppi operativi locali, le cui iniziative si coordinano con l'attività del CC-ICA.

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

- il monitoraggio costante delle AMR.
- la riduzione del consumo di antibiotici
- la riduzione della durata di degenza
- la riduzione delle ICA.

Nel territorio della Azienda Sanitaria Locale Roma 5 insistono 5 Ospedali a gestione diretta: Ospedale "S. Giovanni Evangelista di Tivoli", Ospedale "Parodi Delfino" di Colferro, Ospedale "Coniugi Bernardini" di Palestrina, Ospedale "SS. Gonfalone" di Monterotondo e Ospedale "A. Angelucci" di Subiaco.

I dispenser di gel idroalcolico sono posizionati in tutte le Unità Operative e negli spazi comuni, e precisamente: all'entrata delle stanze, lungo i corridoi, sui carrelli e in tasca agli operatori; durante la Giornata Mondiale sul "Lavaggio delle Mani" viene effettuato il SWR per verificare la presenza dei dispenser di gel idroalcolico mentre la Farmacia Ospedaliera calcola periodicamente la quantità di gel idroalcolico consumata dagli operatori sanitari e da tutti coloro che accedono alle unità di degenza.

Vengono effettuate inoltre tutte le attività previste dal Piano Regionale per l'Igiene delle mani.

Sono stati istituiti presso le Direzioni di Presidio dell'Azienda i gruppi locali per la Sorveglianza e il controllo delle ICA. E' attivo il monitoraggio epidemiologico dei germi alert per tutti gli Ospedali della ASL e la sorveglianza attiva per la ricerca di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) da tampone rettale. Viene altresì monitorato il consumo di antibiotici e vengono elaborati dei report periodici sulla sorveglianza delle infezioni e sul monitoraggio dell'antimicrobico-resistenza.

Riguardo alla formazione, sono stati organizzati corsi sulle I.C.A., sia a livello aziendale riguardanti l'appropriatezza della terapia antibiotica, i modelli di Sepsis Team, le nuove frontiere della terapia antibiotica, sia a livello di Presidio con formazione sul campo sul corretto uso dei DPI ai fini della gestione dei patogeni MDR (ad es. *Klebsiella pneumoniae*).

È presente ed operativo un gruppo aziendale che svolge l'attività di Antimicrobial stewardship.

Nel corso degli anni 2020-2021-2022, per fronteggiare la pandemia da SARS-CoV-2 sono state implementate attività e procedure destinate a prevenire e contenere il rischio di contagio.

Il presente documento per la gestione del rischio infettivo (ex PAICA) viene elaborato secondo le indicazioni regionali emerse nella riunione del Tavolo del Rischio clinico regionale del 17/12/2021.

2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati.

La Legge 8 Marzo 2017 n. 24, che verte su “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” facendo anche riferimento a precedenti disposizioni normative, indirizza le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie a redigere annualmente una relazione consuntiva che concerne tutte le attività, gli strumenti e le analisi per il monitoraggio degli eventi avversi.

In questo senso l’attività del Rischio clinico si è basata sull’effettuazione di percorsi di audit attivi e proattivi che hanno avuto il senso di rilevazione oggettiva dei criteri organizzativi di sistema tra pari ed anche di altre metodologie quali la sensibilizzazione delle strutture alla segnalazione dei near miss; la redazione di nuove procedure ha avuto anche l’obiettivo di migliorare appropriatezza e sicurezza del paziente.

In definitiva l’individuazione di quanto detto ha portato alla necessità di attuare azioni concrete che aumentino la sicurezza del paziente.

Caratteristiche della ASL Roma 5

La nostra Azienda articolata in 5 stabilimenti ospedalieri e 6 Distretti comporta una evidente difficoltà organizzativa se ci si riferisce ad una gestione comune della Rete Sanitaria.

Inoltre la vastità del territorio coperto dalla Azienda complica maggiormente il processo di unificazione delle eventuali procedure e comportamenti da mettere in atto.

Pertanto le attività di rischio clinico strutturate fino ad oggi e che non comprendevano le figure intermedie del facilitatore, a partire dall’anno in corso dovranno obbligatoriamente prevedere tali figure al fine di garantire la sicurezza del paziente, l’uso appropriato delle risorse e la riduzione degli eventi avversi.

Le nuove attività da svolgersi congiuntamente alla figura del facilitatore (formati nel 2023 circa 20 operatori sanitari che nel 2024 diventeranno il doppio con l’obiettivo di proseguire la formazione al fine di garantire un aumento capillare della sensibilizzazione sul rischio clinico) riguarderanno:

- controllo dei processi
- progettazione congiunta delle attività
- revisione costante delle procedure in essere.

Durante l’anno 2023 sono stati comunicati in totale n. 248 episodi, come illustrato nella tabella 3. Il trend degli eventi è in aumento rispetto agli anni precedenti (n. 131 nel 2021 - n. 147 nel 2022-n.159 nel 2023).

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

Tipo di evento	N. (% sul totale degli eventi)	% di cadute all’interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti ^(B)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss ^(A)	15 (6%)	0%	Procedure/Comunicazione (44%) Strutturali (22%) Tecnologici (9%) Organizzativi (25%)	Procedure/Comunicazione (44%) Strutturali (22%) Tecnologici (9%) Organizzativi (25%)	Sistemi di reporting 100%
Eventi Avversi ^(A)	232 (93,6%)	64% (n.149)			
Eventi Sentinella ^(A)	1 (0,4%)	100% (n.1)			

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

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

L'attività di Incident reporting, così come prevista dalle specifiche procedure aziendali, ha continuato a svolgersi regolarmente, mostrando una maggiore sensibilità nella segnalazione da parte degli operatori sanitari prevalentemente del comparto e configurandosi come strumento necessario per la predisposizione di successive attività di prevenzione e contenimento degli eventi accaduti.

A tal fine nel corso del 2023 sono stati strutturati opportuni corsi di formazione sul rischio clinico in maniera da costruire un sistema aziendale che migliori la coltura del rischio clinico ed il concetto di errore non come evento penalizzante ma come strumento di miglioramento.

Pur prendendo atto dell'aumento delle segnalazioni ricevute nel corso del 2023 si è potuta verificare una superficialità nella compilazione della modulistica utilizzata, che richiederebbe di conseguenza un aumento degli strumenti di Audit – SWR e formazione che permetterebbero una maggiore prevenzione degli eventi indesiderati, una migliore identificazione delle cause ed il prendere consapevolezza della fallibilità accettando l'errore stesso come strumento di miglioramento.

L'articolo 4 comma 3 della Legge 24/2017 prevede inoltre che "Tutte le strutture pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio".

Al fine di ottemperare a tale obbligo viene redatta la tabella seguente.

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

Anno	N. Sinistri ^(A)	Risarcimenti erogati ^(A)
2019	66	€ 2.991.346,32
2020	54	€ 1.856.850,43
2021	46	€ 4.228.192,09
2022	54	€ 2.958.643,68
2023	47	€ 1.754.937,48
Totale	278	€ 15.672.547,01

Fonte Dati: UOC Affari Generali e Legali- periodo di riferimento anni 2019-2023

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio clinico, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimentefettpsonai, dani a cose, ecc.)

3. Descrizione della posizione assicurativa

La posizione assicurativa della ASL Roma 5 dall'anno 2019 al 2023, si evince dalla presentazione sintetica dei dati sotto forma di tabella (Tabella 5)

Tabella 5 – Descrizione della posizione assicurativa.

	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2019	ITOMM1800003 (fino al 31.01.2020)	AMTRUST EUROPE LIMITED	€ 3.026.902,52	€ 175.000,00	GBSAPRI S.p.A.
2020	RCH0001000006 (dal 31/01/2020)	AMTRUST ASSICURAZIONI SPA	€ 4.322.480,84	€ 125.000,00	GBSAPRI S.p.A.
2021	RCH0001000006	AMTRUST ASSICURAZIONI SPA	€ 4.322.480,84	€ 125.000,00	MAG. JLT SPA.
2022	RCH0001000006	AMTRUST ASSICURAZIONI SPA	€ 4.322.480,84	€ 125.000,00	MAG. JLT SPA.
2023	RCH00010000082	AMTRUST INSURANCE AGENCY ITALY SRL	€ 4.818.123,12	€ 125.000,00	MAG JLT S.p.A.

4. Resoconto delle attività del piano precedente

4.1 Resoconto della sezione “Gestione del Rischio” del PARS 2023

Le attività previste dal PARS 2023 della ASL RM 5 sono state realizzate tranne una che si è preferito rimandare al 2024 a causa dei numerosi impegni della Direzione Strategica Aziendale (Vedi Tabella 6)

Tabella 6 - Resoconto delle Attività del Piano Precedente sezione “Gestione del Rischio” (PARS 2023)

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione del “Corso di Formazione in Risk Management”.	SI	Realizzate nel 2023 sei edizioni del corso di formazione in presenza con circa 180 partecipanti
Attività 2 – Formazione Facilitatori e gruppo infermieri tramite specifico corso di formazione avanzato in Risk Management.	SI	Tra i partecipanti al corso sono stati selezionate circa 20 risorse e per queste è stato realizzato il corso avanzato

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

OBIETTIVO B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 3 – Completamento dell'attività di monitoraggio e revisione delle procedure Aziendali, relative alle raccomandazioni ministeriali	SI	Revisionate e deliberate le tre procedure mancanti (Raccomandazioni 14;18;19) e revisionate altre 4 procedure aziendali.
Attività 4 - Effettuazione di Safety Walk Round (SWR) presso le UU.OO.CC. dell' Azienda allo scopo di identificare situazioni di rischio e vulnerabilità ed incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori.	In parte	Si è iniziata la mappatura delle UOC-UOSD-UOS aziendali ai fini della esecuzione degli SWR con obiettivo di terminare nel 2024 per scarsa compliance della Direzione strategica e degli Stakeholders.
Attività 5 - Processo di Audit	SI	Svolti Audit clinici (10) e di processo (3) in ognuno dei presidi Ospedalieri Aziendali in particolare nella area dei servizi e dell'emergenza.

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

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

Attività	Realizzata ^(A)	Stato di attuazione
Attività 6 – Implementazione e ridefinizione del comitato valutazione sinistri (CVS) e sua riorganizzazione.	SI	Il documento regionale di indirizzo sulla costituzione dei CVS, emanato dagli uffici Regionali nel novembre 2023, ha permesso l'emanazione del nuovo regolamento aziendale e la costituzione del nuovo CVS. (delib.324 del 08/02/2024)
Attività 7 - Partecipazione alle attività regionali di Risk Management	SI	Partecipazione del Team Risk Management ai due tavoli regionali del 16/06/2023 e 21/12/2023.
Attività 8 - Creazione e validazione di un data base informatizzato su near miss – eventi avversi – eventi sentinella al fine del miglioramento delle azioni correttive	SI	Creato e validato il data base aziendale e relativo software di gestione con evidente ottimizzazione della frequenza e modalità di messa in atto delle azioni correttive.

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

4.2 Resoconto della sezione “Gestione del Rischio Infettivo” del PARS 2023

Le attività previste dal PARS 2023 della ASL RM 5 sono state realizzate così come meglio specificato nei contenuti della Tabella 7.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2024</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2024 Codice: RM_05__P.O.A. _R_01 Pagine 25</p>

Tabella 7- Resoconto della sezione “Gestione del Rischio infettivo” del Piano precedente (PARS 2023)

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del Rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività-1 Attività di informazione, formazione e addestramento degli operatori mirate al controllo ed alla prevenzione delle ICA.	SI	Realizzati nel corso del 2023 n 4 corsi di formazione ed addestramento su circa 200 operatori sanitari (Medici, Infermieri ,OSS)
Attività 2- Implementazione delle linee guida sull’antibiotico profilassi peri operatoria volta ad uniformare/razionalizzare l’approccio alla profilassi antibiotica.	SI	Le nuove linee guida aziendali sull’antibiotico profilassi peri operatoria sono state implementate con effettuazione di 2 giornate formative in presenza con Direttori Dipartimento e Direttori UOC.
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 31/12/2022 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3- Applicazione del Piano locale sull’igiene delle mani riguardante gli Ospedali della ASL Roma 5	SI	Effettuati corsi di formazione specifici (6 edizioni) con sensibilizzazione del personale sanitario e contemporanea formazione degli “osservatori”.
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 contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Attività 4- Monitorare il consumo di antibiotici espresso in dosi definite giornaliere (DDD)/100 gg di degenza.	SI	Elaborati Report Semestrali sul consumo di antibiotici espresso in DDD per gli ospedali di Tivoli, Monterotondo, Colferro e Palestrina.
Attività 5- Sviluppare programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial Stewardship)	SI	Implementato il funzionamento del nuovo Team di Antimicrobial Stewardship a partire dal mese di gennaio 2023 con inizio di consulenza per i Reparti ospedalieri a partire da febbraio 2023.
Attività 6- Implementare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l’igiene delle mani (in litri/100 giornate di Degenza ordinaria).	SI	Adesione al Sistema di Sorveglianza CSIA e trasmissione dei report semestrali al Referente Regionale. Elaborazione dei report sul consumo di S.I. e trasmissione alle DMPO e Direzioni dei Distretti.
Attività7- Implementazione /consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE	SI	Allineamento dei laboratori aziendali e distrettuali alle piattaforme regionali e modifica della procedura aziendale sul controllo e la diffusione delle batteriemie da CRE.

<p>Attività 8-Mantenimento della sorveglianza continua di laboratorio sugli “Alert organism” Multi resistenti e sospetti cluster epidemici e valutazione retrospettiva su ICA e resistenze antimicrobiche comprese le CRE</p>	<p>SI</p>	<p>Raccolta semestrale dei dati e continua valutazione sull’andamento della presenza di Germi Alert sulle strutture anche territoriali della ASL.</p>
<p>Attività 9-Elaborazione Procedure/istruzioni operative previste della Determinazione Regione Lazio G16501 del 28/11/2022 sulle “Buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle ICA” con particolare riguardo alle infezioni del sito chirurgico</p>	<p>In parte</p>	<p>Iniziata la stesura del documento aziendale sulle ISC che revisiona il precedente documento già presente ed implementato il sistema di reporting sulle ISC con modulo specifico sulla cartella clinica informatizzata.</p>
<p>Attività 10- Indagine sulla prevalenza puntuale delle ICA, secondo il modello ECDC PPS-3, in uno degli Ospedali della Roma 5 (Colleferro)</p>	<p>In parte</p>	<p>Iniziata la creazione del Data base di raccolta Dati per lo studio di Prevalenza puntuale e programmate le due giornate di rilevazione negli Ospedali di Tivoli e Colleferro.</p>

5. Matrice delle Responsabilità del PARS

Nella Tabella Segue viene riportata la matrice delle responsabilità, così come individuate dalle linee guida regionali. (Determinazione n.643 del 25/01/2022).

Tabella 8 – Matrice delle Responsabilità

Azione	Direttore Sanitario /presidente CCICA	Risk Management	Responsabile UO. Affari Legali / Generali	Direttore Generale	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto: tabella 6 del punto A2;punti A3 e A7)	C	R	C	C	C	-
Redazione Tabella 5 del punto A2 e del punto A3	C	C	R	I	C	-
Redazione Punto A6	R	C	I	I	I	-
Adozione PARS con deliberazione	C	I	I	R	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto punto A7)	C	R	C	I	C	C
Monitoraggio Punto A7	R	C	I	I	I	C

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

(1) ove non coincida con il presidente CCICA

6. Obiettivi e Attività per la gestione del rischio (PARS 2024)

Nel presente documento, in continuità con quanto definito nel PARS 2023, sono individuati obiettivi strategici di ordine generale da realizzarsi per mezzo di attività specifiche, la cui realizzazione è misurata da indicatori. Tali obiettivi mirano a creare e diffondere la "cultura della sicurezza" e la "cultura organizzativa" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno. Pertanto viene percepita dall'Azienda la necessità di migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, favorire la comunicazione tra professionisti in un'ottica di sistema e promuovere interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo ad interventi mirati al contenimento dei sinistri.

Dunque è necessario facilitare i processi di integrazione tra Risk Manager, Affari Generali e/o Legali e Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità.

In ragione di quanto espresso dalle linee guida regionali ed in assoluta coerenza con la Mission aziendale sono identificati per l'anno 2024 i seguenti obiettivi strategici.

6.1 Obiettivi 2024 per la gestione del Rischio

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale per il 2024 sono:

- A) **Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.**
- B) **Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa**, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) **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 2024 per la Gestione del Rischio

Le attività previste per il 2024, sono elencate nella Tabella 9.

Tabella 9- Attività programmate per l'anno 2024

Obiettivo A) Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

ATTIVITA 1 – Formazione con corso ECM “La qualità del rapporto operatore–paziente: tecniche di Comunicazione” il metodo END*.		
INDICATORE Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro il 31/12/2024 (obbligatorio per gli operatori del Dipartimento di emergenza a contatto diretto col paziente)		
STANDARD 100%		
FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing – UOS Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
AZIONE	RISK MANAGEMENT	UOS FORMAZIONE
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

ATTIVITA 2 – Formazione Facilitatori e gruppo infermieri tramite specifico corso di formazione avanzato in Risk Management.		
INDICATORE Esecuzione di almeno due incontri formativi entro il 31/12/2024		
STANDARD N° di Facilitatori formati ed operativi > al N° del 2023		
FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing-UOS Formazione		
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		

AZIONE	RISK MANAGEMENT	UOS FORMAZIONE
Progettazione del Corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del Corso	R	I

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

Obiettivo B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

ATTIVITA' 3- Buone Pratiche "Obiettivi di sicurezza PDTA "Inserimento e monitoraggio di indicatori di sicurezza in almeno n.2 PDTA.

INDICATORE 2/2

STANDARD 100%

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing-Coordiatore PDTA-Direzione Sanitaria

AZIONE	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'		
	RISK MANAGEMENT	Coordinatore aziendale PDTA	Direzione Sanitaria
Identificazione obiettivi di sicurezza per PDTA	R	C	I
Identificazione valutatori obiettivi	C	R	I
Formazione valutatori obiettivi	R	C	I
Monitoraggio obiettivi	C	R	I
Elaborazione piano di miglioramento	R	C	I
Attuazione piano di miglioramento	C	R	I

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

ATTIVITA 4) Effettuazione di Safety Walk Round (SWR) presso le UU.OO.CC. dell' Azienda allo scopo di identificare situazioni di rischio e vulnerabilità ed incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori.

INDICATORE esecuzione di almeno 3 SWR

STANDARD 100%

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing-Direzione Strategica

AZIONE	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	
	RISK MANAGEMENT	DIREZIONE STRATEGICA
Esecuzione del SWR	R	C
Accettazione della metodica	C	R

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

ATTIVITA 5) Verifica della qualità e completezza documentale della cartella clinica

INDICATORE verifica di almeno il 10% delle cartelle cliniche di ricovero

STANDARD esecuzione di audit con DMPO- Flussi Sanitari e DPS

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing-UOC interessate

AZIONE	MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	
	RISK MANAGEMENT	UOC e dipartimenti interessati
Individuazione campione cartelle	R	C

Individuazione Items qualità e completezza	R	C
Verifiche	R	C
Analisi	R	C
Audit	R	C

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

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

ATTIVITA' 6) Promuovere la cultura dell'Auditing sui casi significativi

INDICATORE: esecuzione di almeno due Audit SEA

STANDARD: almeno due verbali

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGEMENT	Dipartimenti/Distretti/UUOO
Individuazione caso per SEA	R	I
Conduzione SEA	R	C
Individuazione ambiti di miglioramento	R	C
Elaborazione indicazioni di miglioramento	R	C
Monitoraggio risultati	R	C

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

ATTIVITA 7) Partecipazione alle attività regionali di Risk Management

INDICATORE Partecipazione al tavolo permanente dei Risk Manager della Regione Lazio.

STANDARD 100%

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGEMENT
Partecipazione al Tavolo permanente	R
Azioni di Miglioramento	C

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

ATTIVITA 8) Miglioramento dell'attività di Prevenzione delle Lesioni da Pressione

INDICATORE Verifica dell'aderenza alla corretta adozione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) per la prevenzione delle Lesioni da Pressione(Statistica su campione)

STANDARD > 90%

FONTE UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing- F.O. Responsabile "Wound Care"-DPS

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGEMENT	Responsabile Wound Care/DPS
Verifica attività prevenzione LdP	C	R
Azioni di miglioramento	R	C

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

7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo (PARS 2024)

7.1 Obiettivi 2024 per la Gestione del Rischio infettivo

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale e inseriti nel presente Piano aziendale 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 resistenti ai carbapenemi (CRE).

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

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

7.2 Attività 2024 per la GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale, la ASL Roma 5 ha programmato per il 2024 le seguenti attività così come approvate nella seduta del CCICA di Gennaio 2024 (tabella 10).

Tabella 10 – Attività programmate per l'anno 2024

Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo .

ATTIVITA'1) Attività di informazione, formazione e addestramento degli operatori mirate al controllo ed alla prevenzione delle ICA			
INDICATORE – realizzazione di almeno 3 edizioni al personale entro il 31/12/2024			
STANDARD-3/3			
FONTE CC-ICA, Risk Management, UOC Formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
AZIONE	RISK MANAGEMENT	CCICA	UOC FORMAZIONE
Progettazione del Corso	R	C	I
Svolgimento del corso	C	R	C

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

Revisione n. 01
Revisione programmata: 2024
Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01
Pagine 25

Esecuzione delle Attività	R	C	C
---------------------------	---	---	---

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

ATTIVITA' 2) Implementazione delle linee guida aziendali sull'antibiotico profilassi peri operatoria volta ad uniformare/razionalizzare l'approccio alla profilassi antibiotica.

INDICATORE Organizzazione di giornate in presenza del Gruppo di Antimicrobial Stewardship- entro il 31/12/2024- per la divulgazione del nuovo manuale dell'antibiotico profilassi peri operatoria ai professionisti coinvolti.

STANDARD Copertura del 70% di UOC ospedaliere chirurgiche

FONTE CC-ICA/PP10 (PNR 2021-2025)

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	Gruppo A.S.	CCICA	Professionisti coinvolti
Progettazione giornata formativa	C	I	C
Svolgimento attività in presenza	R	C	C

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

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 della superficialità 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

ATTIVITA' 3) Applicazione del Piano locale sull' igiene delle mani 2024 negli Ospedali della ASL Roma 5

INDICATORE redazione ed applicazione documento allegato al PARS.

STANDARD presenza dell'allegato al PARS 2024

FONTE Direzioni Mediche di Presidio – CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DMPO/CCICA	Risk Management
Elaborazione del documento	R	R
Validazione	C	R
Diffusione	C	R
Monitoraggio	C	R
Rendicontazione finale	I	R

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

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 CRE.

ATTIVITA' 4) Monitorare il consumo di antibiotici espresso in dosi definite giornaliere (DDD)/100 gg di degenza

INDICATORE almeno due report per presidio ospedaliero

STANDARD 2 report

FONTE UOC Farmacia-CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

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

Revisione n. 01
Revisione programmata:2024
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 25

AZIONE	CC-ICA	UOC Farmacia
Produzione report	I	R
Verifica report	R	I
Azioni di miglioramento	R	C

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

ATTIVITA' 5) Elaborazione ed attuazione di un Piano di ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP 2024 in coerenza con le indicazioni del PNCAR 2022, del PRP-PAP Asl Roma5 2021-2025 (PP10) e nota regionale U091714 del 22/01/2024

INDICATORE Redazione del piano entro il 31/12/2024

STANDARD evidenza documentale

FONTE CC-ICA- Gruppo di Antimicrobial Stewardship-Servizi Veterinari

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	CC-ICA	Gruppo di A.S./Servizi Veterinari
Elaborazione piano	R	R
Monitoraggio dell'applicazione del piano	R	C
Rendicontazione del piano	R	C

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

ATTIVITA' 6) Adesione alle indicazioni regionali del CRRC sul monitoraggio dei consumi di prodotti idroalcolici (dati disaggregati per aree di degenza e calcolati sulle giornate di degenza) per l'igiene delle mani (in litri/100 GDO). Alimentazione semestrale della sorveglianza nazionale tramite Piattaforma CSIA.

INDICATORE Almeno 2 Report/anno per presidio ospedaliero con specifica dei reparti utilizzatori

STANDARD 2 report per presidio ospedaliero

FONTE Direzione Medica di presidio – UOC Farmacia-CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DMPO- UOC Farmacia	CC-ICA
Produzione Report	R	I
Azioni di miglioramento	I	R
Verifica Relazione	C	R

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

ATTIVITA' 7) Elaborazione di Procedura Aziendale per la gestione della Sepsis

INDICATORE Redazione della procedura

STANDARD evidenza documentale

FONTE CCICA-Risk Management-DEA

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DEA	CC-ICA/Risk Management
Individuazione gruppo di lavoro	C	R
Redazione della procedura	R	R
Pubblicazione e diffusione della procedura	C	R
Monitoraggio Indicatori	R	R

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

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

Revisione n. 01
Revisione programmata:2024
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 25

ATTIVITA' 8) Revisione/Implementazione di procedure Aziendali associate alla prevenzione del Rischio Infettivo

INDICATORE Revisione procedura per la prevenzione della Legionella-Produzione procedura di Sanificazione Ambientale entro il 31/12/2024

STANDARD Evidenza documentale

FONTE DPS-Risk Management-CCICA-DMPO

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	DPS	DMPO	CC-ICA	Risk Management
Produzione procedure	R	C	R	C
Diffusione procedure	C	R	I	R
Attuazione procedure	C	C	I	I
Monitoraggio procedure	R	R	I	C

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

ATTIVITA' 9).Elaborazione Procedure/istruzioni operative previste della Determinazione Regione Lazio G16501 del 28/11/2022 sulle "Buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle ICA" con particolare riguardo alle infezioni del sito chirurgico

INDICATORE Elaborazione delle Procedure/istruzioni operative previste dalla Determinazione Regionale e non ancora presenti nella ASL Roma 5

STANDARD si

FONTE CC-ICA – UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGEMENT	CC-ICA
Elaborazione della procedura	R	C
Verifica della procedura	R	I
Azioni di miglioramento	C	R

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

ATTIVITA' 10) Studio sulla prevalenza puntuale delle ISC,, nei reparti chirurgici degli Ospedali a gestione diretta della ASL Roma 5- Giugno 2024-Dicembre 2024

INDICATORE Esecuzione di due rilevazioni sulla prevalenza puntuale delle ISC presso gli ospedali della ASL Roma 5 entro il 31/12/2024

STANDARD Diffusione risultati a livello aziendale

FONTE GOCC-ICA – UOS Risk Management qualità dei processi ed Auditing -UOC Chirurgiche

MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

AZIONE	RISK MANAGEMENT	GOCC-ICA	UOC Chirurgiche
Esecuzione indagine di prevalenza	R	R	C
Analisi dei risultati	R	I	C
Azioni di miglioramento per il 2025	R	I	C

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

8. Modalità di Diffusione del Documento

Al fine di consentire un corretto svolgimento di tutte le attività previste nel PARS 2022 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione attraverso:

- 1) Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- 2) Pubblicazione del PARS sulla Home page del Sito Aziendale;
- 3) Presentazione del PARS durante lo svolgimento di riunioni Aziendali e di Presidio;
- 4) Presentazione del PARS in occasione dei SWR;
- 5) Presentazione del PARS durante le attività formative e condivisione con i facilitatori
- 6) Invio del PARS in formato pdf nativo all'indirizzo crcc@regione.lazio.it per il caricamento sul cloud regionale.

9. Bibliografia, Sitografia

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live"
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza
8. Who: World Alliance for patient safety – The second Global Patient safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
9. WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016)
10. Ministero della Salute. Infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare, disponibile all'URL: <http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica>
11. Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare-associated Infections, disponibile all'URL: <https://www.cdc.gov/hai/index.html>
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections, disponibile all'URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections>

10. Riferimenti normativi

1. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”;
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
3. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;
9. Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante “Approvazione del documento recante: ‘Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)’”;
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”;
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;
13. Determinazione Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del documento recante ‘Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella’”;
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti’”;
15. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie”;
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
17. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante “Revisione del ‘Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi’”;
18. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
19. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”.

20. Determinazione n. G00164 dell'11 gennaio 2019 recante "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
21. Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21/12/2021 m. 970 recante:" Approvazione del Piano regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025";
22. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico –Resistenza (PNCAR) 2022/2025;
23. Antimicrobial resistance surveillance in Europa 2022 – 2020 data. Disponibile all' URL:
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2022-2020-data>
24. Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 "Documento in indirizzo per l'elaborazione del Piano annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)".
25. Determinazione Regionale Lazio n. 16501 del 28/11/2022 Approvazione del "Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)".
26. Nota regionale CRRC prot. n. U0091714 del 22/01/2024.

Il presente documento è stato redatto dal Dott. Filippo Lauria, dalla Dott.ssa Angela De Feo, dal Dr. Maurizio Cistaro, dal Dr. Stefano Limardi, dal Dott. Francesco Mogliazzi, dalla Dott.ssa Claudia Mosconi e dalla Sig.ra Francesca Baschieri.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 59</p>



PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI (2024)

ASL ROMA 5

PIANI DI INTERVENTO LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI ASL ROMA 5

INDICE

1.0 PREMESSA	3
2.0 METODOLOGIA ED OBIETTIVI	5
3.0 GLOSSARIO	7
4.0 PIANO DI AZIONE LOCALE	9
4.1 Requisiti strutturali e tecnologici	9
4.2 Formazione del personale	11
4.3 Monitoraggio e feedback	14
4.4 Comunicazione permanente	17
4.5 Clima organizzativo e commitment	19
5.0 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO	22
6.0 DESTINATARI DEL PIANO	22
7.0 RIFERIMENTI NORMATIVI	22
8.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	23
9.0 ALLEGATI	23

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 59

1.0 PREMESSA

Il Centro Regionale del Rischio Clinico (CRRC) ha predisposto il PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI che la Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio ha adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021, n. G02044.

Il provvedimento dispone che tutte le strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale effettuino l'autovalutazione prevista dal Piano Regionale ed elaborino un piano di azione locale sulla base dei risultati della suddetta autovalutazione al fine di consentire ad ognuna di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

Partendo dalle indicazioni contenute nel documento *Hand hygiene Self-Assessment framework: Introduction and user instruction* dell'OMS, il piano di intervento regionale è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multinodale per il miglioramento dell'igiene delle mani. Relativamente alla sincronicità che deve essere garantita per un efficace governo del rischio infettivo le cinque sezioni sono:

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE

SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione con relativo punteggio, al fine da consentire alle strutture di evidenziare le eventuali criticità riscontrate e determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

In analogia al documento OMS, il punteggio individua quattro livelli:

1. **INADEGUATO:** la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
2. **BASE:** sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento.
3. **INTERMEDIO:** è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo.
4. **AVANZATO:** la promozione e l'igiene delle mani sono ottimali. Il livello intermedio/avanzato rappresenta il livello minimo da raggiungere entro il 2024, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della struttura.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 59

Sulla base del punteggio ottenuto in ogni singola sezione, le Strutture dovranno elaborare un piano di azione locale, di cui dovranno dare opportuna evidenza nel Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)

Il Piano di azione locale dovrà inoltre essere inserito fra le attività previste dal Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS) a partire dall'anno 2022.

Il Ministero della Salute ha recentemente reso noti i risultati per l'Italia di una "Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) svolta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019".

La partecipazione all'indagine da parte delle strutture sanitarie italiane è stata modesta e, pertanto, i dati raccolti non possono essere considerati rappresentativi dello stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di *Infection Prevention and Control* (IPC) in Italia.

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

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

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

Uno studio eseguito presso la Fondazione Don Gnocchi nel 2015 ha documentato una prevalenza di ICA dell'8,58% nei reparti di riabilitazione (S. Negrini e FDG).

È evidente quindi come l'igiene delle mani rappresenti uno strumento essenziale nella prevenzione delle infezioni trasmissibili, soprattutto negli ambienti ospedalieri e di cura. La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce infatti a prevenire e/o ridurre:

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

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 59

2.0 METODOLOGIA ED OBIETTIVI

Nel territorio della ASL Roma 5 sono presenti 5 Ospedali a gestione diretta:

S. Giovanni Evangelista di Tivoli" con DEA di I Livello, Ospedale "Parodi Delfino" di Colferro, Ospedale "Coniugi Bernardini" di Palestrina, Ospedale "SS. Gonfalone" di Monterotondo e Ospedale "A. Angelucci" di Subiaco.

Ai fini della elaborazione del Piano locale sono state valutate a cura delle Direzioni Mediche di Presidio, delle Direzioni Infermieristiche e del CCICA mediante l'uso del questionario specifico di autovalutazione, le condizioni esistenti nelle 5 Strutture Ospedaliere riferite ai seguenti ambiti:

- ambito dei requisiti strutturali e tecnologici (Sezione A): identificazione dei percorsi sporco/pulito, stanze di isolamento, rapporto lavandini/stanze di degenza, presenza di procedure specifiche per la sanificazione, disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica nei punti di assistenza;
- ambito della formazione del personale (Sezione B): esistenza di programmi di formazione del personale, formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA, disponibilità di materiale formativo, sviluppo del piano di formazione continua e suoi aggiornamenti;
- ambito della valutazione monitoraggio e feedback (Sezione C): corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta con cadenza regolare, verifica e monitoraggio della formazione, della conoscenza e percezione dell'importanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori, valutazione quantitativa della soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della Struttura, consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno della Struttura;
- ambito della comunicazione permanente (Sezione D): piano di aggiornamento sistematico dei materiali e della loro sostituzione se danneggiati o obsoleti, diffusione ed esposizione di supporti informativi come locandine e/o brochure, aggiornati periodicamente, a disposizione del personale e dei visitatori;
- ambito del clima organizzativo e commitment (Sezione E): eseguire l'autovalutazione a cadenza semestrale e descrivere i miglioramenti della pratica dell'igiene delle mani rispetto alle autovalutazioni precedenti, assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno della pratica dell'igiene delle mani e per l'attività di miglioramento, riconoscere e promuovere modelli di comportamento adeguati anche attraverso eventi pubblici, iniziative specifiche e pagine web;

L'autovalutazione prevista dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani, effettuata nell'anno 2023 all'interno dei 5 ospedali della ASL Roma 5, ha consentito di collocarli ad un livello intermedio.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A. _R_01 Pagine 59

Il presente piano ha come obiettivo il raggiungimento e il consolidamento del livello **INTERMEDIO - AVANZATO** in ciascuno degli ambiti sopra descritti entro la fine del 2024.

3.0 GLOSSARIO

Antisepsi delle mani	La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.
Agente antisettico	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.
CCICA	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza
Colonizzazione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico
Disinfezione	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.
Frizione antisettica	Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure a settiche di livello intermedio
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale e che non era presente, né in incubazione, al momento dell'inizio del trattamento.

	La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente
Igiene Ospedaliera	Disciplina che contempla tutti gli aspetti relativi al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori e degli operatori sanitari. Da un punto di vista gestionale consiste nell'insieme di funzioni che mira a garantire in modo efficiente che un qualsiasi setting assistenziale (ospedale, ambulatorio, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori
Infezione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria.; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite
PARS	Piano Annuale Rischio Sanitario (riunisce in un unico documento il PARM ed il PAICA dal 2022 per tutte le strutture sanitarie del Lazio)
Punto di Assistenza	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano - dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 59

4.0 PIANO DI AZIONE LOCALE.

Le strutture oggetto del presente Piano, relativamente alla complessità organizzativa ed alla intensità assistenziale, sono classificabili come:

- P.O. di Tivoli San Giovanni Evangelista: DEA I° Livello,
- P.O. di Colferro "Parodi Delfino": sede di Pronto Soccorso,
- P.O. di Palestrina "Coniugi Bernardini" sede di Pronto Soccorso,
- P.O. di Monterotondo "SS. Gonfalone" sede di Pronto Soccorso,
- P.O. di Subiaco "A. Angelucci" sede di Pronto Soccorso.

L'analisi dei risultati emersi tramite somministrazione dei test specifici di autovalutazione dei singoli presidi effettuati durante l'anno 2023:

- ha consentito di collocare i 5 ospedali ad un livello intermedio,
- sono emerse alcune criticità riguardo l'ambito della valutazione monitoraggio e feedback (C) e nell'ambito del clima organizzativo e commitment (E),
- la dotazione organica è conforme a quanto stabilito per le attività sanitarie che si svolgono nei singoli contesti ospedalieri.

Nel corso degli anni 2020-2022, per fronteggiare la pandemia da SARS-CoV2 sono state implementate attività e procedure destinate a prevenire e contenere il rischio infettivo. Nel 2023 sono stati istituiti i gruppi locali per la sorveglianza e controllo delle ICA; sono stati organizzati corsi specifici sul bio-contenimento e il corretto uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI) ed è stato istituito il gruppo dell'*antimicrobial stewardship*.

Tanto premesso vengono di seguito illustrati gli interventi, le azioni programmate e la relativa cronologia per l'implementazione del Piano locale, riferite a ciascuno degli ambiti esaminati nel processo di autovalutazione. Per ciascun ambito vengono definiti gli obiettivi, le azioni e gli indicatori utili alla misura dei risultati.

4.1 Requisiti Strutturali e Tecnologici (Sezione A)

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti nel contesto dei 5 Ospedali, effettuata nel 2023 tramite compilazione dei questionari specifici di autovalutazione, ha già consentito di raggiungere il livello **INTERMEDIO**.

Risultano identificati e rispettati i percorsi sporco/pulito, il rapporto lavandini/stanze, la disponibilità di stanze per l'isolamento e sono presenti procedure specifiche per la sanificazione. Disponibilità di dispenser per soluzione idroalcolica nei punti di assistenza, ovvero il luogo fisico in cui si incontrano: il paziente, l'operatore sanitario, la cura o il trattamento che comporta il contatto con il paziente o con l'ambiente che lo circonda.

In questo Piano di Azione Locale per l'igiene delle mani, per il 2024, in questa sezione è prevista: la parziale sostituzione degli attuali *dispenser* con dispositivi elettronici; il mantenimento dell'efficienza dei lavandini; l'implementazione di rubinetti attivabili senza mani, il sapone deve essere collocato in *dispenser* che non devono essere rabboccati né travasati. Devono essere disponibili salviette monouso per asciugare le mani. Laddove per motivi di sicurezza legate alle caratteristiche cliniche del paziente non sia possibile collocare i *dispenser* fissi vicino al letto del paziente o nella stanza di degenza, verranno forniti agli operatori confezioni monouso di soluzione idroalcolica ovvero dotando i carrelli di servizio di flaconi portatili. Infatti per consentire un facile utilizzo del prodotto, tutti i *dispenser* dovranno essere accessibili senza doversi allontanare dalla zona in cui si effettuano le prestazioni cliniche assistenziali, e comunque entro due metri dall'operatore sanitario.

Quanto sopra descritto è in conformità e viene valutato attraverso questionari di autovalutazione della Sezione A ("Requisiti strutturali e tecnologici" del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani. In allegato Tabella A.)

Nella tabella A1 vengono identificati i responsabili (R), i tempi di implementazione (T) e di monitoraggio (M) delle azioni in essa contenute:

Tabella A1

SEZIONE A: REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONI	R	T	M
Esaminare le informazioni disponibili sulla <i>compliance</i> dell'igiene della mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Analizzare lo stato della struttura e delle risorse disponibili <ul style="list-style-type: none"> • Indagine sui singoli reparti/servizi • Indagine sul consumo della soluzione alcolica 	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un <i>dispenser</i> di soluzione alcolica	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
	D.M.P.O.		

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A. _R_01 Pagine 59

Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della struttura	R.M. F.O.	2 mesi	6 mesi
---	--------------	-----------	-----------

DMPO: Direzione Medica di Presidio; R.M.: Risk Manager; F.O.: Funzione Organizzativa ICA, rischio clinico ed audit

Nella tabella A2 vengono indicati gli obiettivi per raggiungere e/o consolidare il livello **INTERMEDIO-AVANZATO** per l'anno 2024.

Tabella A2

<ul style="list-style-type: none"> • Mappare le risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza; • Rendere disponibili più tipi di <i>dispencer</i> (ad esempio: flaconi tascabili, <i>dispencer</i> a muro, <i>dispencer</i> su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza; • Effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria struttura e condividerla con i dirigenti apicali.
--

4.2 Formazione del personale (Sezione 2)

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti nel contesto dei 5 Ospedali della ASL Roma 5, effettuata nel 2023 tramite compilazione dei questionari di autovalutazione, ha consentito di raggiungere il livello **INTERMEDIO-AVANZATO**.

Facendo seguito a quanto iniziato con l'epidemia da SARS-CoV2 che ha dato avvio presso tutte le strutture ad un programma di formazione incentrato prevalentemente sui seguenti obiettivi:

- Formazione degli operatori sul rischio clinico/infettivo, sulla conoscenza dei rischi insiti nelle diverse fasi e procedure dei percorsi clinico-assistenziali e sulla conoscenza di specifiche Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi avversi ed eventi sentinella.
- Diffondere la cultura del rischio clinico, infettivo e della sicurezza delle cure. Sono stati eseguiti eventi formativi dedicati alla prevenzione e al controllo delle infezioni correlate all'assistenza nelle strutture Ospedaliere e territoriali.
- Annualmente è prevista la riedizione di corsi, con i necessari aggiornamenti, resi indispensabili dalla rapida evoluzione delle conoscenze scientifiche.

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 59</p>

Il piano della formazione prevista in questa sezione introduce gli argomenti raccomandati dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, con specifico riferimento ai “cinque momenti dell’igiene delle mani” ed alla definizione della “zona paziente” e “zona assistenziale”.

Le attività formative devono essere estese a tutto il personale compreso quello in outsourcing, ai neo assunti, agli studenti. Devono essere previsti adeguati momenti di *re-training*. La formazione è inoltre prevista per tre principali categorie di operatori:

- formatori: professionisti adeguatamente competenti e motivati oltre che sufficientemente autorevoli all'interno dei team. È previsto il riconoscimento della struttura sanitaria del ruolo dei formatori, prevedendo e definendo una quota oraria specifica da dedicare a questa attività.
- Osservatori: figura identificata per capacità, esperienza, addestramento, necessario per rilevare correttamente le opportunità secondo il metodo OMS dei “5 momenti” dell’igiene delle mani. Il loro percorso formativo viene certificato e la loro competenza valutata periodicamente.
- Operatori sanitari: professionisti qualificati e sensibilizzati in merito alla definizione delle ICA e del loro impatto sanitario, sulle principali modalità di trasmissione delle infezioni, sulle modalità di prevenzione e sul ruolo fondamentale dell’igiene delle mani; sulle strategie di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA

Quanto sopra descritto è in conformità e viene valutato attraverso il questionario di autovalutazione della Sezione B “Formazione del personale” del Piano di intervento regionale sull’igiene delle mani. In allegato Tabella B.

Nella tabella B vengono identificati i responsabili (R), i tempi di implementazione (T) e di monitoraggio (M) delle azioni in essa contenute:

Tabella B1

SEZIONE B: FORMAZIONE DEL PERSONALE			
AZIONI	R	T	M
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 59

Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Identificare i formatori.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Identificare gli osservatori.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione a la sostituzione di quello obsoleto.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 59

DMPO: Direzione Medica di Presidio; R.M.: Risk Manager; F.O.: Funzione Organizzativa ICA, rischio clinico ed audit

Nella tabella B2 vengono indicati gli obiettivi per raggiungere e/o consolidare il livello **INTERMEDIO-AVANZATO** per l'anno 2024.

Tabella B2

- Pianificare la formazione sull'igiene delle mani incentrata sul Piano di Intervento in base alle conoscenze del personale, alla percezione della sua importanza e ai risultati del monitoraggio;
- Definire e implementare un programma per la validazione delle competenze degli osservatori;
- Sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.
- Valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione.
- Prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure e/o istruzioni operative ove applicabile.

4.3 Monitoraggio e feedback (Sezione 3)

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti nel contesto dei 5 Ospedali della ASL Roma 5, effettuata nel 2023 tramite compilazione dei questionari di autovalutazione, ha consentito di raggiungere il livello **BASE-INTERMEDIO**.

Il monitoraggio continuo dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico assistenziale, mediante l'osservazione diretta, rappresenta lo strumento principale per la verifica dell'adesione degli operatori alle indicazioni del presente Piano. Tale attività richiede un elevato impegno di risorse in termini di tempo-uomo, che potrebbero non essere compatibili con i contingenti di personale impiegato nelle strutture ospedaliere.

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

Quanto sopra descritto è in conformità e viene valutato attraverso il questionario di autovalutazione della Sezione C “monitoraggio e feedback”. In allegato Tabella C.

Nella tabella C1 vengono identificati i responsabili (R), i tempi di implementazione (T) e di monitoraggio (M) delle azioni in essa contenute:

Tabella C1

SEZIONE C: MONITORAGGIO E FEEDBACK			
AZIONI	R	T	M
Attività di valutazione e di feedback tra cui: osservazione della <i>compliance</i> sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto. Indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone/asciugamani. Indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Avvio delle attività di valutazione e feedback.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Restituzione dei risultati della valutazione ai dirigenti apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Identificare i candidati per essere osservatori.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Formazione continua e controlli delle competenze degli osservatori.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Valutazioni di base e ritorno al personale sanitario.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 59

Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Presentare i risultati delle osservazioni ogni trimestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di <i>compliance</i> dell'igiene delle mani.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Considerare la possibilità di pubblicare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura in una rivista con revisione tra pari, in una rivista specializzata o in una newsletter interna	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA presso la struttura in occasione di conferenze locali, nazionali o internazionali.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi

DMPO: Direzione Medica di Presidio; R.M.: Risk Manager; F.O.: Funzione Organizzativa ICA, rischio clinico ed audit

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 59

Nella tabella C2 vengono indicati gli obiettivi per raggiungere e/o consolidare il livello **INTERMEDIO-AVANZATO** per l'anno 2024.

Tabella C2

<ul style="list-style-type: none"> • Effettuare le attività di osservazione con cadenza regolare, definita sulla base della complessità organizzativa della Struttura; monitorare anche altri indicatori (ad es. consumo di soluzione alcolica; conoscenza e percezione dell'importanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori); • Valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; • Condurre la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e correlare l'osservanza dell'igiene delle mani e del consumo di soluzione alcolica con i dati sui risultati, indentificando i fattori di successo e gli ostacoli al miglioramento continuo. • Comunicare apertamente i risultati attraverso più canali, sia internamente che all'esterno incoraggiando un clima costruttivo e trasparente.

4.4 Comunicazione permanente (Sezione 4)

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti nel contesto dei 5 Ospedali dell'azienda, effettuata nel 2023 tramite compilazione dei questionari di autovalutazione, ha consentito di raggiungere il livello **INTERMEDIO**.

La comunicazione permanente rappresenta un importante promemoria per tutti gli attori che vivono la struttura sanitaria: operatori sanitari, pazienti, visitatori, etc. Può utilizzare diversi strumenti come ad esempio poster, brochure, supporti informativi, etc. che possono essere di natura locale o di respiro nazionale. I poster sulla corretta tecnica dell'igiene delle mani dovranno essere affissi in prossimità di ogni lavandino e di ogni *dispenser* fisso di soluzione idro-alcolica. I supporti sopra indicati costituiranno anche i mezzi per informare i pazienti e i visitatori degli standard di assistenza che potranno aspettarsi.

La ASL Roma 5 aderirà all'iniziativa proposta dalla Direzione Regionale per la celebrazione della Giornata Mondiale per l'Igiene delle Mani, promossa dall'OMS per il 5 maggio 2024.

Quanto sopra descritto è in conformità e viene valutato attraverso il questionario di autovalutazione della Sezione D "Comunicazione permanente". In allegato Tabella D.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 59

Nella tabella D1 vengono identificati i responsabili (R), i tempi di implementazione (T) e di monitoraggio (M) delle azioni in essa contenute:

Tabella D1

SEZIONE D: COMUNICAZIONE PERMANETE			
AZIONI	R	T	M
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali	D.M.P.O. R.M. F.O..	6 mesi	9 mesi
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
Produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi

DMPO: Direzione Medica di Presidio; R.M.: Risk Manager; F.O.: Funzione Organizzativa ICA, rischio clinico ed audit

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 59

Nella tabella D2 vengono indicati gli obiettivi per raggiungere e/o consolidare il livello **INTERMEDIO-AVANZATO** per l'anno 2024.

Tabella D2

<ul style="list-style-type: none"> • Definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati; • Fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria in tutti gli ambienti clinici; • Pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli. • Raccogliere idee per elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti. • Produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi da poster ed opuscoli, basati sulle specificità locali e sui "media" disponibili. Condividere il materiale con altre strutture.
--

4.5 Clima organizzativo e commitment (Sezione 5)

In tale ambito la valutazione dei requisiti esistenti nel contesto dei 5 Ospedali della Aso Roma 5, effettuata nel 2023 tramite compilazione dei questionari di autovalutazione, ha consentito di raggiungere il livello **INTERMEDIO**.

Nell'ultimo anno è iniziato un processo di costruzione e successiva implementazione di un team ben definito di controllo delle ICA supportato dalla Direzione Aziendale Generale che ha prodotto un forte, continuo e visibile impegno nel controllo del rischio infettivo.

La partecipazione della Direzione pone in essere azioni esplicite che incentivino gli operatori ad assumere un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani, non escludendo al contempo la possibilità di interventi correttivi in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica.

Va rafforzato anche il ruolo dei pazienti e dei visitatori attraverso opportune iniziative per il loro *empowerment*, in quanto pazienti informati sull'importanza dell'igiene delle mani possono rappresentare una barriera di sicurezza e uno stimolo per un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni.

Quanto sopra descritto è in conformità e viene valutato attraverso il questionario di autovalutazione della Sezione E "Clima organizzativo e commitment". In allegato Tabella E.

Nella tabella E1 vengono identificati i responsabili (R), i tempi di implementazione (T) e di monitoraggio (M) delle azioni in essa contenute.

Tabella E1

SEZIONE E: CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT			
AZIONI	R	T	M
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mese	6 mesi
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mese	6 mesi
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mese	6 mesi
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mese	6 mesi
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).	D.M.P.O. R.M. F.O.	4 mesi	9 mesi
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 59

Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	D.M.P.O. R.M. F.O.	6 mesi	9 mesi
---	--------------------------	--------	--------

DMPO: Direzione Medica di Presidio; R.M.: Risk Manager; F.O.: Funzione Organizzativa ICA, rischio clinico ed audit.

Nella tabella E2 vengono indicati gli obiettivi per raggiungere e/o consolidare il livello **INTERMEDIO-AVANZATO** per l'anno 2024.

Tabella E2

- Approccio multimodale: continuare l'autovalutazione periodica nell'ottica di un miglioramento continuo;
- Budget: assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento;
- Ruoli e Capacità: riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento;
- Stanziare risorse per sostenere la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali;
- Comunicazione: oltre alla comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondere il messaggio attraverso altri canali (ad esempio volantini, pagine web, eventi);
- Coinvolgimento dei pazienti: sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori
- Valutare la possibilità di premiare i comportamenti virtuosi individuali e/o di reparto;
- Incorporare gli obiettivi sull'igiene delle mani negli obiettivi di budget anche relativi ad altre attività (ad esempio: piano di contrasto all'antimicrobico resistenza);
- Presentare l'igiene delle mani come parte del programma generale di miglioramento della sicurezza del paziente e di miglioramento della qualità.

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 59

5.0 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente Piano viene archiviato in formato digitale su server aziendale.

Sarà presente sulla home page del Sito istituzionale della ASL Roma 5 congiuntamente al PARS 2024 di cui è parte integrante.

Una copia cartacea verrà resa disponibile presso tutte le medicherie di reparto a cura delle Direzioni Mediche di Presidio.

I contenuti del presente documento sono condivisi con il personale delle Strutture in formato digitale mediante l'area riservata del sito internet istituzionale che consente di tracciare gli accessi e di richiedere la conferma di presa visione da parte dell'operatore;

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

6.0 DESTINATARI DEL PIANO

Il Piano è rivolto alle Strutture Ospedaliere della ASL Roma 5, a tutti gli esercenti la professione sanitaria che in queste operano ed ai pazienti e loro familiari.

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

7.0 RIFERIMENTI NORMATIVI

- Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26_02_2021 – “Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani”
- Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.
- DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 “contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici”.
- Ordinanza Presidente Regione Lazio N. Z00034 del 18/04/2020 “Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 59

SARS-CoV2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali. 13

- Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali” - Versione del 24 agosto 2020.

8.0 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Rapporto Istituto Superiore di Sanità “Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all’assistenza svolta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019: risultati per l’Italia”
- Silvio Brusaferrò - Istituto Superiore di Sanità - “L’igiene delle mani come strumento primario per la prevenzione delle ICA e nel contesto del Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza” - Giornata mondiale dell’igiene delle mani 2019, Roma 9 maggio 2019
- Dott.ssa Maria Francesca Furmenti, Prof.ssa Carla M. Zotti - Università di Torino - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubbliche e Pediatriche “L’igiene delle mani nel nostro Paese: i dati del PPS” - Giornata mondiale dell’igiene delle mani, 2019
- Stefano Bargellesi - Direttore S.C. Medicina Fisica e Riabilitativa Unità Gravi Cerebrolesioni e Mielolesioni - Ospedale di Treviso - “Il controllo delle ICA e MDR: la specificità dei *setting* riabilitativi ed assistenziali” - Giornata mondiale dell’igiene delle mani, 2019

9.0 ALLEGATI

- 1) Questionario di autovalutazione dei requisiti strutturali e tecnologici: Tabella A
- 2) Questionario di autovalutazione “formazione del personale”: Tabella B
- 3) Questionario di autovalutazione “monitoraggio e feedback”: Tabella C
- 4) Questionario di autovalutazione “comunicazione permanente”: Tabella D
- 5) Questionario di autovalutazione “clima organizzativo e commitment”: Tabella E
- 6) Questionario per gli operatori sanitari del CRRC
- 7) Questionario di follow-up sulla percezione degli operatori sanitari del CRRC
- 8) Questionario sulla percezione degli operatori sanitari

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A. _R_01 Pagine 59

- 9) Questionario sulla percezione dei responsabili di reparto e dei coordinatori infermieristici
- 10) Scheda di osservazione per l'igiene delle mani.
- 11) Locandina "i cinque momenti a letto del paziente"
- 12) Locandina "come praticare l'igiene delle mani con soluzione alcolica"
- 13) Locandina "come praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone"
- 14) Locandina "poster aziendale di sensibilizzazione"

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 59

ALLEGATO 1



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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 59

ALLEGATO 2



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

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

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
 Revisione programmata:2025
 Codice: RM_05__P.O.A._R_01
 Pagine 59

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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 59

ALLEGATO 3



PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE PER LE STRUTTURE

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	RI-SPOSTE	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		

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01
Pagine 59

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	31-40% 5 41-50% 10 51-60% 15 61-70% 20 71-80% 25
	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	
	≥ 81%	30	
C.5 Feedback			
C.5.1 <u>Feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0	
	SÌ	5	
C.5.2 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0	
	SÌ	7.5	
C.5.3 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0	
	SÌ	7.5	

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 59

ALLEGATO 4



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

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
	NO	0

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
 Revisione programmata:2025
 Codice: RM_05__P.O.A. _R_01
 Pagine 59

D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	SÌ	10
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0
	SÌ	15

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A._R_01 Pagine 59

ALLEGATO 5



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

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
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
	NO	0

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 59

E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	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

	UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING	 REGIONE LAZIO
PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI		Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A. _R_01 Pagine 59

ALLEGATO 6

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Questionario per gli operatori sanitari

Il questionario serve ad accertare le competenze sulla corretta pratica della igiene delle mani. Nell'ambito dell'autonomia organizzativa delle Strutture e delle strategie di implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, può essere utilizzato in diversi momenti: ad esempio per valutare la conoscenza degli operatori prima e dopo l'implementazione di specifici percorsi di formazione oppure periodicamente, per rafforzare l'efficacia della formazione permanente. La compilazione del questionario richiede circa 10 minuti. Ti chiediamo di:

- Scegliere una sola risposta per ogni domanda
- Leggere attentamente le domande prima di rispondere
- Le risposte e i risultati dei questionari saranno riservate e analizzate in forma aggregata

Breve glossario

Frizione	Applicazione di un prodotto a base alcolica per ridurre o inibire la proliferazione dei microrganismi senza ricorrere a fonti idriche esterne e senza risciacquo né asciugatura con asciugamani o altro.
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
Lavaggio delle mani	Lavaggio delle mani con acqua e sapone o altri detergenti con agenti antisettici.
Prodotto a base alcolica	Una preparazione contenente alcol (liquida, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di ridurre la crescita dei microrganismi. Queste preparazioni possono contenere uno o più tipi di alcol assieme a eccipienti, altri ingredienti attivi e umettanti.

NB: Il materiale presentato è stato tradotto da documenti OMS e adattato al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo

<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 59

1	DATA DI COMPILAZIONE (GG/MM/AAAA)		___ / ___ / _____					
2	STRUTTURA							
3	REPARTO/AMBULATORIO							
4	SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	5	ETÀ (NN)	_____	6	ANZIANITÀ LAVORATIVA (NN)	_____
7	QUALIFICA		<input type="checkbox"/> Infermiera/e <input type="checkbox"/> Ostetrica/o <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Operatore di supporto <input type="checkbox"/> Studente scienze infermieristiche/ostetriche <input type="checkbox"/> Studente medicina <input type="checkbox"/> Terapista <input type="checkbox"/> Specialista in formazione <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Tecnico					
8	AREA ASSISTENZIALE		<input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> Pediatria/Neonatologia <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Riabilitazione/Lungodegenza <input type="checkbox"/> Terapia intensiva <input type="checkbox"/> Attività ambulatoriale <input type="checkbox"/> Emergenza <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Ostetricia/Ginecologia					
9	NEGLI ULTIMI TRE ANNI SEI STATO FORMATO SULL'IGIENE DELLE MANI?						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
10	USI REGOLARMENTE SOLUZIONI A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
11	QUALE, FRA QUELLE ELENcate, È LA PRINCIPALE VIA DI TRASMISSIONE FRA I PAZIENTI DI MICRORGANISMI POTENZIALMENTE PERICOLOSI? (barrare una sola risposta)				a) <input type="checkbox"/> le mani degli operatori quando non sono pulite b) <input type="checkbox"/> l'aria che circola nell'ambiente c) <input type="checkbox"/> l'esposizione del paziente a superfici contaminate (a es.: letti, sedie, tavoli, pavimento) d) <input type="checkbox"/> la condivisione di strumenti non invasivi fra diversi pazienti (a es.: stetoscopi, sfigmomanometri, ecc.)			
12	QUAL È LA SORGENTE PIÙ FREQUENTE DI MICRORGANISMI RESPONSABILI DI ICA? (barrare una sola risposta)				a) <input type="checkbox"/> l'acqua utilizzata nella struttura b) <input type="checkbox"/> l'aria circolante nell'ambiente c) <input type="checkbox"/> i microrganismi già presenti sulla cute o all'interno del paziente d) <input type="checkbox"/> l'ambiente ospedaliero (superfici)			

13	IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI <u>AL PAZIENTE</u> ?	<ul style="list-style-type: none"> a) <input type="checkbox"/> prima di toccare il paziente b) <input type="checkbox"/> subito dopo l'esposizione a liquidi biologici c) <input type="checkbox"/> dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente d) <input type="checkbox"/> subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica
14	IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI <u>ALL'OPERATORE SANITARIO</u> ?	<ul style="list-style-type: none"> a) <input type="checkbox"/> dopo aver toccato il paziente b) <input type="checkbox"/> subito dopo l'esposizione a liquidi biologici c) <input type="checkbox"/> subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica d) <input type="checkbox"/> dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente
15	QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI RELATIVE ALLA FRIZIONE CON SOLUZIONI A BASE DI ALCOL E AL LAVAGGIO DELLE MANI CON ACQUA E SAPONE È CORRETTA?	<ul style="list-style-type: none"> a) la frizione è più rapida del lavaggio <input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO b) la frizione causa irritazione cutanea più frequentemente rispetto al lavaggio <input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO c) la frizione è più efficace contro i microrganismi rispetto al lavaggio <input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO d) lavaggio e frizione devono essere praticati in sequenza <input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO
16	QUAL È IL TEMPO MINIMO PERCHÉ LA FRIZIONE CON SOLUZIONI A BASE DI ALCOL SIA EFFICACE CONTRO I MICRORGANISMI? (barrare una sola risposta)	<ul style="list-style-type: none"> a) <input type="checkbox"/> 20 SECONDI b) <input type="checkbox"/> 3 SECONDI c) <input type="checkbox"/> 1 MINUTO d) <input type="checkbox"/> 10 SECONDI
17	QUAL È IL METODO PER L'IGIENE DELLE MANI PIÙ ADATTO NELLE SEGUENTI SITUAZIONI?	<ul style="list-style-type: none"> a) Prima della palpazione dell'addome <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno b) Prima di praticare una iniezione <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno c) Dopo aver svuotato una padella <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno d) Dopo aver rimosso i guanti monouso <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno e) Dopo aver rifatto il letto del paziente <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno f) Dopo contaminazione visibile con sangue <input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Page 59

18

QUALE
CONDIZIONE/COMPORAMENTO
AUMENTA LA PROBABILITÀ DI
COLONIZZAZIONE DELLA CUTE
DELLE MANI CON MICRORGANISMI
PERICOLOSI?

- a) Indossare gioielli
 SÌ NO
- e) Cute danneggiata
 SÌ NO
- f) Indossare unghie artificiali
 SÌ NO
- g) Uso regolare di creme idratanti
 SÌ NO

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 59</p>

ALLEGATO 7

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Questionario di follow-up sulla percezione degli operatori sanitari

Visto che la tua attività professionale ti pone a contatto diretto e quotidiano con i pazienti, siamo interessati a conoscere la tua opinione sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'igiene delle mani.

Questo questionario è suddiviso in due parti: la prima contiene le stesse domande a cui hai risposto precedentemente; la seconda parte prevede alcune domande aggiuntive per conoscere la tua opinione sulle strategie e gli strumenti attualmente utilizzati per promuovere l'igiene delle mani presso la tua struttura. La compilazione del questionario richiede circa 15 minuti. Ti chiediamo di:

- Scegliere una sola risposta per ogni domanda
- Per le risposte che riportano una scala di valori (ad es. da NON EFFICACE a MOLTO EFFICACE) ti chiediamo di mettere una croce sulla casella che rappresenta meglio la tua opinione fra i due estremi
- Leggere attentamente le domande prima di rispondere
- Le risposte e i risultati dei questionari saranno riservate e analizzate in forma aggregata **Breve glossario**

Frizione	Applicazione di un prodotto a base alcolica per ridurre o inibire la proliferazione dei microrganismi senza ricorrere a fonti idriche esterne e senza risciacquo né asciugatura con asciugamani o altro.
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
Lavaggio delle mani	Lavaggio delle mani con acqua e sapone o altri detergenti con agenti antisettici.
Prodotto a base alcolica	Una preparazione contenente alcol (liquida, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di ridurre la crescita dei microrganismi. Queste preparazioni possono contenere uno o più tipi di alcol assieme a eccipienti, altri ingredienti attivi e umettanti.

NB: Il materiale presentato è stato tradotto da documenti OMS e adattato al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>

Prima parte

1	DATA DI COMPILAZIONE (GG/MM/AAAA)	___ / ___ / _____						
2	STRUTTURA							
3	REPARTO/AMBULATORIO							
4	SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	5	ETÀ (NN)	_____	6	ANZIANITÀ LAVORATIVA (NN)	_____
7 10	QUALIFICA	<input type="checkbox"/> Infermiera/e <input type="checkbox"/> Ostetrica/o <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Studente medicina <input type="checkbox"/> Terapista <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Operatore di supporto <input type="checkbox"/> Studente scienze infermieristiche/ostetriche <input type="checkbox"/> Specialista in formazione <input type="checkbox"/> Tecnico						
8 11	AREA ASSISTENZIALE	<input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Terapia intensiva <input type="checkbox"/> Emergenza <input type="checkbox"/> Ostetricia/Ginecologia <input type="checkbox"/> Pediatria/Neonatologia <input type="checkbox"/> Riabilitazione/Lungodegenza <input type="checkbox"/> Attività ambulatoriale <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____						
9 12	NEGLI ULTIMI TRE ANNI SEI STATO FORMATO SULL'IGIENE DELLE MANI?						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
10 13	USI REGOLARMENTE SOLUZIONI A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?						<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	
11 14	QUAL È, SECONDO TE, LA PERCENTUALE MEDIA DI PAZIENTI CHE SVILUPPANO UNA ICA?						_____ % <input type="checkbox"/> Non so	
12 15	IN GENERALE, QUALE RITIENI CHE SIA L'IMPATTO DELLE ICA SUGLI ESITI CLINICI DEL PAZIENTE?				<input type="checkbox"/> molto basso <input type="checkbox"/> basso <input type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/> molto alto			
13 16	QUAL È L'EFFICACIA DELL'IGIENE DELLE MANI NELLA PREVENZIONE DELLE ICA?				<input type="checkbox"/> molto basso <input type="checkbox"/> basso <input type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/> molto alto			

20 23	QUAL È LO SFORZO CHE DEVI FARE PER PRATICARE CORRETTAMENTE L'IGIENE DELLE MANI?	
	NESSUNO SFORZO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UN GRANDE SFORZO	
21 24	SECONDO TE QUAL È LA PERCENTUALE DELLE VOLTE IN CUI TU PRATICHI CORRETTAMENTE L'IGIENE DELLE MANI?	_____ %

Seconda parte

22 25	L'USO DELLA SOLUZIONE A BASE ALCOLICA FACILITA LA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI DURANTE LA TUA ATTIVITÀ QUOTIDIANA?	
	ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO	
23 26	TOLLERI BENE L'USO DELLA SOLUZIONE A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?	
	ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO BENE	
24 27	CONOSCERE IL RISULTATO DELL'OSSERVAZIONE DELLA CORRETTA IGIENE DELLE MANI NEL TUO REPARTO, AIUTEREBBE TE E I TUOI COLLEGHI A MIGLIORARE I COMPORTAMENTI?	
	ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO	
25 28	LA PRESENZA DELL'OSSERVATORE TI PORTA A PRESTARE MAGGIOR ATTENZIONE ALLA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI?	
	ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO	
26 29	I CORSI DI FORMAZIONE A CUI HAI PARTECIPATO, HANNO MIGLIORATO I TUOI COMPORTAMENTI RELATIVAMENTE ALL'IGIENE DELLE MANI?	
	PER NIENTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO	
27 30	RITIENI CHE LA DIREZIONE STRATEGICA SUPPORTI LE ATTIVITÀ DI MIGLIORAMENTO DELL'IGIENE DELLE MANI?	
	ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO	
28 31	IL MIGLIORAMENTO DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA (SE SI È VERIFICATO IN SEGUITO ALL'ATTUAZIONE DELLA STRATEGIA DI PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI) TI HA AIUTATO A MIGLIORARE LA CORRETTA PRATICA DI IGIENE DELLE MANI?	
	ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO	

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 59

29
32

LA TUA CONSAPEVOLEZZA DEL RUOLO CHE SVOLGI NELLA PREVENZIONE DELLE
ICA

MIGLIORANDO LA PRATICA DI IGIENE DELLE MANI È AUMENTATA DOPO L'AT-
TUAZIONE DELLA STRATEGIA DI PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI?

ASSOLUTAMENTE NO MOLTISSIMO

Grazie per il suo tempo!

ALLEGATO 8

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Questionario sulla percezione degli operatori sanitari

Visto che la tua attività professionale ti pone a contatto diretto e quotidiano con i pazienti, siamo interessati a conoscere la tua opinione sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'igiene delle mani.

La compilazione del questionario richiede circa 10 minuti. Ti chiediamo di:

- Scegliere una sola risposta per ogni domanda
- Per le risposte che riportano una scala di valori (ad es. da NON EFFICACE a MOLTO EFFICACE) ti chiediamo di mettere una croce sulla casella che rappresenta meglio la tua opinione fra i due estremi
- Leggere attentamente le domande prima di rispondere
- Le risposte e i risultati dei questionari saranno riservate e analizzate in forma aggregata

Breve glossario

Frizione	Applicazione di un prodotto a base alcolica per ridurre o inibire la proliferazione dei microrganismi senza ricorrere a fonti idriche esterne e senza risciacquo né asciugatura con asciugamani o altro.
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
Lavaggio delle mani	Lavaggio delle mani con acqua e sapone o altri detergenti con agenti antisettici.
Prodotto a base alcolica	Una preparazione contenente alcol (liquida, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di ridurre la crescita dei microrganismi. Queste preparazioni possono contenere uno o più tipi di alcol assieme a eccipienti, altri ingredienti attivi e umettanti.

NB: Il materiale presentato è stato tradotto da documenti OMS e adattato al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo:

<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 59

1	DATA DI COMPILAZIONE (GG/MM/AAAA)	___/___/_____	
2	STRUTTURA		
3	REPARTO/AMBULATORIO		
4	SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	5
			ETÀ (NN)
			6
			ANZIANITÀ LAVORATIVA (NN)
7	QUALIFICA	<input type="checkbox"/> Infermiera/e <input type="checkbox"/> Ostetrica/o <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Studente medicina <input type="checkbox"/> Terapista <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
		<input type="checkbox"/> Operatore di supporto <input type="checkbox"/> Studente scienze infermieristiche/ostetriche <input type="checkbox"/> Specialista in formazione <input type="checkbox"/> Tecnico	
8	AREA ASSISTENZIALE	<input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> Chirurgia <input type="checkbox"/> Terapia intensiva <input type="checkbox"/> Emergenza <input type="checkbox"/> Ostetricia/Ginecologia _____	
		<input type="checkbox"/> Pediatria/Neonatologia <input type="checkbox"/> Riabilitazione/Lungodegenza <input type="checkbox"/> Attività ambulatoriale <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
9	NEGLI ULTIMI TRE ANNI SEI STATO FORMATO SULL'IGIENE DELLE MANI?		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
10	USI REGOLARMENTE SOLUZIONI A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?		<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
11	QUAL È, SECONDO TE, LA PERCENTUALE MEDIA DI PAZIENTI CHE SVILUPPANO UNA ICA?		_____ % <input type="checkbox"/> Non so
12	IN GENERALE, QUALE RITIENI CHE SIA L'IMPATTO DELLE ICA SUGLI ESITI CLINICI DEL PAZIENTE?	<input type="checkbox"/> molto basso <input type="checkbox"/> basso <input type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/> molto alto	
13 16	QUAL È L'EFFICACIA DELL'IGIENE DELLE MANI NELLA PREVENZIONE DELLE ICA?	<input type="checkbox"/> molto basso <input type="checkbox"/> basso <input type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/> molto alto	

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
 Revisione programmata:2025
 Codice: RM_05__P.O.A._R_01
 Pagine 59

20	QUALE SFORZO DEVI FARE PER PRATICARE CORRETTAMENTE L'IGIENE DELLE MANI?	
	NESSUNO SFORZO <input type="checkbox"/> UN GRANDE SFORZO	
21	SECONDO TE QUAL È, IN MEDIA, LA PERCENTUALE DI SITUAZIONI IN CUI PRATICHI CORRETTAMENTE L'IGIENE DELLE MANI?	_____ %

Grazie per il suo tempo!

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 59</p>

ALLEGATO 9

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Questionario sulla percezione dei responsabili di reparto e dei coordinatori infermieristici

Visto il tuo ruolo gestionale, siamo interessati a conoscere la tua opinione sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'igiene delle mani.

La compilazione del questionario richiede circa 10 minuti. Ti chiediamo di:

- Scegliere una sola risposta per ogni domanda
- Per le risposte che riportano una scala di valori (ad es. da NON EFFICACE a MOLTO EFFICACE) ti chiediamo di mettere una croce sulla casella che rappresenta meglio la tua opinione fra i due estremi
- Leggere attentamente le domande prima di rispondere
- Le risposte e i risultati dei questionari saranno riservate e analizzate in forma aggregata

Breve glossario

Frizione	Applicazione di un prodotto a base alcolica per ridurre o inibire la proliferazione dei microrganismi senza ricorrere a fonti idriche esterne e senza risciacquo né asciugatura con asciugamani o altro.
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
Lavaggio delle mani	Lavaggio delle mani con acqua e sapone o altri detergenti con agenti antisettici.
Prodotto a base alcolica	Una preparazione contenente alcol (liquida, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di ridurre la crescita dei microorganismi. Queste preparazioni possono contenere uno o più tipi di alcol assieme a eccipienti, altri ingredienti attivi e umettanti.

NB: Il materiale presentato è stato tradotto da documenti OMS e adattato al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>

Prima parte

1	DATA DI COMPILAZIONE (GG/MM/AAAA)	___ / ___ / _____						
2	STRUTTURA							
3	REPARTO/AMBULATORIO							
4	SESSO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	5	ETÀ (NN)	___	6	ANZIANITÀ LAVORATIVA (NN)	___
7	RUOLO ATTUALMENTE RI- COPERTO	<input type="checkbox"/> Direttore Dipartimento <input type="checkbox"/> Responsabile UOS <input type="checkbox"/> Direttore UOC <input type="checkbox"/> Coordinatore infermieristico ANZIANITÀ LAVORATIVA NELLA STRUTTURA (anni): _____ ANZIANITÀ LAVORATIVA NEL RUOLO ATTUALE (anni): _____						
8	HAI PRECEDENTI ESPERIENZE NELLA CONDUZIONE DI UNA CAMPAGNA PER LA PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI?							<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
9	NELLA TUA STRUTTURA È DISPONIBILE SOLUZIONE A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?							<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
10	QUAL È, SECONDO TE, LA PERCENTUALE MEDIA DI PAZIENTI CHE SVILUPPANO UNA ICA?							___ % <input type="checkbox"/> Non so
11	IN GENERALE, QUALE RITIENI CHE SIA L'IMPATTO DELLE ICA SUGLI ESITI CLINICI DEL PAZIENTE?					<input type="checkbox"/> molto basso <input type="checkbox"/> basso <input type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/> molto alto		
12	IN GENERALE, QUALE RITIENI CHE SIA L'IMPATTO ECONOMICO DELLE ICA SULLA STRUTTURA?					<input type="checkbox"/> molto basso <input type="checkbox"/> basso <input type="checkbox"/> alto <input type="checkbox"/> molto alto		
13	QUAL È L'EFFICACIA DELL'IGIENE DELLE MANI NELLA PREVENZIONE DELLE ICA?					<input type="checkbox"/> molto bassa <input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> molto alta		
14	FRA TUTTI GLI ASPETTI LEGATI ALLA SICUREZZA DEL PAZIENTE, QUAL È LA PRIORITÀ CHE DAI ALL'IGIENE DELLE MANI?					<input type="checkbox"/> bassa priorità <input type="checkbox"/> media priorità <input type="checkbox"/> alta priorità <input type="checkbox"/> priorità molto alta		

15	SECONDO TE QUAL È LA PERCENTUALE MEDIA DI SITUAZIONI IN CUI GLI OPERATORI SANITARI DELLA TUA STRUTTURA PRATICANO L'IGIENE DELLE MANI QUANDO È RICHIESTA?	_____ % <input type="checkbox"/> Non so
16	IL PERSONALE ESPERTO (MEDICO E INFERMIERISTICO) RAPPRESENTA UN BUON ESEMPIO PER LA PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI?	
	NO <input type="checkbox"/> OTTIMO ESEMPIO	
17	NEL TUO DIPARTIMENTO/REPARTO, I PAZIENTI VENGONO REGOLARMENTE INFORMATI SULL'IMPORTANZA DELLA CORRETTA IGIENE DELLE MANI DURANTE IL RICOVERO?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
18	COME GIUDICHI LO SFORZO RICHIESTO AGLI OPERATORI SANITARI DEL TUO DIPARTIMENTO/REPARTO PER PRATICARE CORRETTAMENTE L'IGIENE DELLE MANI?	
	NESSUNO SFORZO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UN GRANDE SFORZO	
19	QUALE IMPORTANZA VIENE DATA DAGLI OPERATORI DEL TUO DIPARTIMENTO/REPARTO AI TUOI RICHIAMI ALLA CORRETTA IGIENE DELLE MANI?	
	POCA IMPORTANZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTA IMPORTANZA	
20	SECONDO TE QUALI, FRA LE AZIONI DI SEGUITO ELENATE, SONO PIÙ EFFICACI PER MIGLIORARE IN MODO PERMANENTE LA PRATICA DELLA IGIENE DELLE MANI NEL TUO DIPARTIMENTO/REPARTO?	
	a) Supporto della Direzione e dei Responsabili UUOO e Coordinatori infermieristici nella promozione dell'igiene delle mani: NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE	
	b) Disponibilità di soluzione alcolica a ogni punto di assistenza: NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE	
	c) Manifesti e altri promemoria affissi nei punti di assistenza: NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE	
	d) Formazione specifica per ogni operatore sanitario: NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE	
	e) Istruzioni chiare e semplici sull'igiene delle mani sono visibili a ogni operatore sanitario: NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE	
	f) Fornire un feedback regolare agli operatori sui loro comportamenti: NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE	
	g) Corretta igiene delle mani da parte degli operatori esperti per essere di buon esempio ai colleghi: NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE	
	h) Invitare i pazienti a ricordare agli operatori di praticare l'igiene delle mani: NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE	

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__P.O.A. _R_01 Pagine 59</p>

Grazie per il suo tempo!

ALLEGATO 10



PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

SCHEDA DI OSSERVAZIONE

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

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

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata: 2025
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Page 59

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

Regole generali

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

Come usare la scheda

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

Città	Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)
Ospedale	Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)
Osservatore	Iniziali (Cognome e Nome),
Data	2 numeri per giorno e mese, 4 numeri per l'anno
Inizio/Fine	2 numeri per ora e minuti,
Durata Sessione	Calcolare la differenza in minuti tra ora di inizio e ora di fine della sessione di osservazione,
Periodo n.	In accordo con la propria numerazione
Sessione n.	In accordo con la propria numerazione
Scheda n.	Numero di pagina,

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__P.O.A. _R_01
Pagine 59

Dipartimento	Registrare secondo la seguente classificazione: • Medico (include dermatologia, neurologia, ematologia, <input type="checkbox"/> Chirurgico (incluso ORL, oculistica, neurochirurgia, ecc.) ecc.) • Misto (medico & chirurgico) <input type="checkbox"/> Ostetrico-ginecologico <input type="checkbox"/> Pediatrico (inclusa la chirurgia pediatrica), <input type="checkbox"/> Terapia intensiva • Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Lungodegenza, riabilitazione • Ambulatorio <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
Servizio e Reparto	In accordo con la denominazione della struttura	
Prof. cat.	Registrare secondo la seguente classificazione:	
	1. Infermiere-a/ostetrico-a	1.1 Infermiere-a; 1.2 Ostetrico-a; 1.3 Studente.
	2. Operatore di supporto all'assistenza (operatore sanitario specializzato -OSS; operatore tecnico dell'assistenza- OTA;operatore socio-sanitario specializzato-OSSS)	
	3. Medico	3.1 Medico; 3.2 Chirurgo; 3.3 Anestesista; 3.4 Pediatra; 3.5 Altro; 3.6 Studente.
	4. Altro operatore sanitario	4.1 terapeuta (fisioterapista, terapeuta occupazionale, tecnico di audiometria, logopedista); 4.2 tecnico (radiologo, tecnico di cardiologia, di sala operatoria, di laboratorio); 4.3 altro (dietista, odontotecnico, dentista, operatore sociale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali).
Num.	Registra il numero di operatori sanitari osservati, appartenenti ad una stessa categoria professionale (codice uguale), man mano che entrano nel campo di osservazione.	
Opp.	Viene definita come presenza di almeno un'indicazione all'igiene delle mani.	
Indicazione	pr-cont: prima di un contatto con il paziente pr-aseps.: prima di una manovra pulita/asettica dp-fluido: dopo esposizione a liquidi biologici	dp-cont.: dopo un contatto con il paziente dp-circ.: dopo un contatto con l'ambiente che circonda il paziente
	Azione indica cosa è stato fatto in risposta ad un'indicazione all'igiene delle mani: Frizione: quando l'igiene delle mani viene effettuata mediante frizione con un prodotto a base alcolica, Lavaggio: quando l'igiene delle mani viene effettuata mediante il lavaggio con acqua e sapone, Nulla: quando non viene effettuata nessuna azione Guanti: l'operatore indossa i guanti	

SCHEDA DI CALCOLO

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

Sessione n.	Categorie professionali								Totale delle sessioni	
	Prof.cat.		Prof.cat.		Prof.cat.		Prof.cat.			
	Codice		Codice		Codice		Codice			
	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE
1										

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 59

2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Totale per categoria										
Adesione (%) totale azioni/totale opportunità*100										

Istruzioni per l'uso

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

SCHEDA DI CALCOLO OPZIONALE

Ospedale/Struttura		Periodo n.	
--------------------	--	------------	--

PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI

Revisione n. 01
Revisione programmata:2025
Codice: RM_05__P.O.A._R_01
Pagine 59

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

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

Istruzioni per l'uso

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 5</p>	<p>UOS RISK MANAGEMENT QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
<p>PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI</p>		<p>Revisione n. 01 Revisione programmata:2025 Codice: RM_05__ P.O.A. _R_01 Pagine 59</p>

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

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

ALLEGATO 11

I 5 momenti fondamentali per L'IGIENE DELLE MANI

1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	<p>QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini.</p> <p>PERCHÈ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni presenti sulle tue mani.</p>
2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	<p>QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica.</p> <p>PERCHÈ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.</p>
3 DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO	<p>QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti).</p> <p>PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.</p>
4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	<p>QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza.</p> <p>PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.</p>
5 DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	<p>QUANDO? Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente - anche in assenza di un contatto diretto con il paziente.</p> <p>PERCHÈ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.</p>

WORLD ALLIANCE
for **PATIENT SAFETY**

WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.
October 2006, version 1.

World Health Organization

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

ALLEGATO 12

Come frizionare le mani con la soluzione alcolica?

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



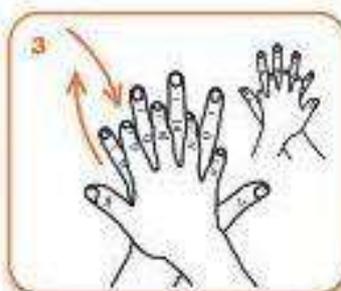
Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



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



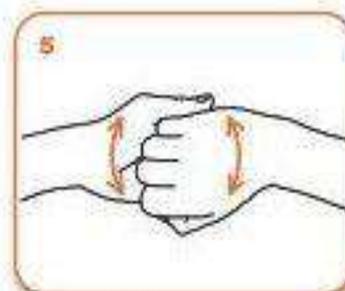
frizionare le mani palmo contro palmo



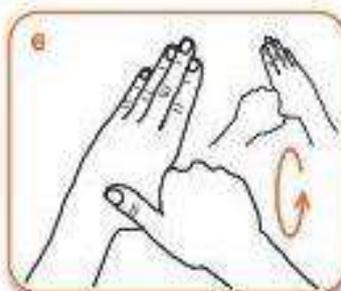
il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



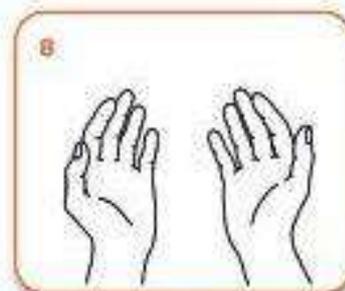
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



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



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

ALLEGATO 13



Come lavarsi le mani con acqua e sapone?



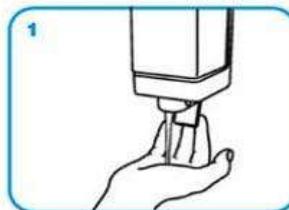
LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!



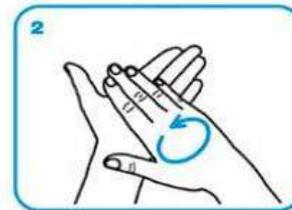
Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



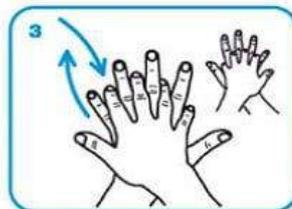
Bagna le mani con l'acqua



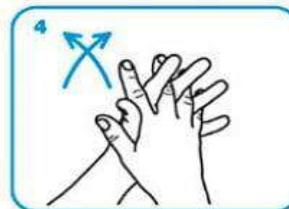
applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



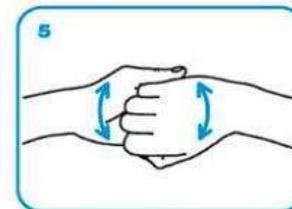
friziona le mani palmo contro palmo



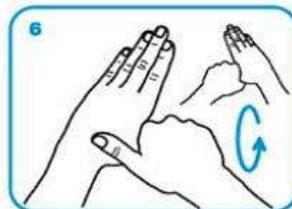
il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



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



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



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



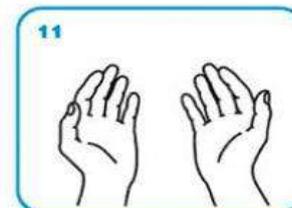
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



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