

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

## Anno 2025

# *Appia Riabilitazione Capodarco*

**Redatto**

**Dott.ssa Maria Macrì**

## Sommario

<b>1. CONTESTO ORGANIZZATIVO</b> .....	3
<b>2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI</b> .....	4
<b>Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2023 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)</b> .....	4
<b>Tabella 3 –Sinistrosità e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)</b> .....	5
<b>3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA</b> .....	5
<b>Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa</b> .....	5
<b>4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE</b> .....	5
<b>Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente</b> .....	5
<b>5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b> .....	7
<b>Tabella 6 – Matrice delle responsabilità</b> .....	7
<b>6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ</b> .....	7
<b>6.1 Obiettivi</b> .....	7
<b>6.2 Attività</b> .....	7
<b>Tabella 7 –</b> .....	7
<b>7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO</b> .....	9
<b>8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI</b> .....	10

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il centro “Appia Riabilitazione Capodarco è costituito dai seguenti servizi: Residenziale, Semiresidenziale, Ambulatoriale e Domiciliare rivolto a persone portatrici di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali.

- PRESIDIO DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE A FAVORE DI PERSONE PORTATRICI DI DISABILITÀ FISICHE, PSICHICHE E SENSORIALI

**Tabella 1**

<b>APPIA RIABILITAZIONE CAPODARCO</b>			
<b>DATI STRUTTURALI</b>			
<b>ASL territorialmente competente</b>		Roma 2	
<b>Residenziale posti letto</b>	65	<b>Riabilitazione Estensiva</b>	20
		<b>Riabilitazione di Mantenimento</b>	45
<b>Semiresidenziale</b>	20	<b>Riabilitazione Estensiva</b>	10
		<b>Riabilitazione di Mantenimento</b>	10
<b>DATI DI ATTIVITÀ NEL 2024</b>			
<b>Giornate di degenza</b>	22.362	<b>Prestazioni ambulatoriali</b>	32184
<b>Giornate semiresidenziali</b>	4.395	<b>Prestazioni domiciliari</b>	16327

Costituzione del Comitato di Gestione del Rischio Clinico (CGRC) e Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CCICA) in data 12/01/2023.

Risorse dedicate al controllo ed alla prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza (ICA):

Per la sorveglianza:

- cartella clinica
- CCICA
- Riunione Equipe

Per la prevenzione:

- servizio di pulizie di routine di tutte le superfici per il mantenimento di un elevato livello igienico delle strutture
- servizio di lavanderia
- gestione dei rifiuti
- servizio dietetico con procedura autocontrollo HACCP
- controllo delle acque
- vaccinazioni antinfluenzali ed antiCovid;
- protocolli: Protocollo lavaggio mani e utilizzo guanti/ Protocollo prevenzione e gestione infezioni / Protocollo prevenzione e gestione delle ICA / Protocollo di prevenzione e gestione del catetere vescicale / Politica promozione della salute Anteo e Capodarco / Linee guida per la prevenzione e trattamento lesioni da decubito

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

Near Miss (NM): Nella gestione del rischio clinico il near miss è qualsiasi situazione correlata al lavoro, non programmata, durante il processo assistenziale che, pur avendo creato preoccupazione, non ha provocato un incidente. Si tratta di un evento inatteso che accade nel corso di un'attività lavorativa, generato da una situazione imprevista ed improvvisa, il cui danno, incidente o infortunio viene evitato grazie ad un intervento tempestivo di correzione. Tale evento avrebbe potuto determinare conseguenze avverse che tuttavia non sono avvenute. Il near miss è comunque un errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso ma che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze dannose per il paziente.

Nel corso del 2024 è stato segnalato un solo Near Miss, legato al trasferimento di un paziente dalla carrozzina al letto, e dalla cui analisi è emersa la necessità di potenziare l'addestramento dei nuovi assunti e la relativa supervisione.

Evento Avverso (EA): Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è un evento avverso prevenibile.

La gestione degli eventi avversi nella struttura Appia Riabilitazione Capodarco è gestita grazie alla messa in pratica di protocolli specifici. Nel 2024 il 100% degli eventi avversi verificatisi riguardano cadute degli utenti. I principali fattori causali/contribuenti sono stati così distribuiti: Patologie correlate a disfunzioni neuro-motorie (70%), Ausilio inadeguato al grado di fragilità della persona (10%), Patologie correlate a disturbi visivi (20%). La distribuzione appare sovrapponibile a quella dell'anno precedente perché ha riguardato pressochè gli stessi utenti. Circa il 90% è da addebitarsi ai trasferimenti in autonomia del paziente, in assenza dell'operatore socio-sanitario.

Le azioni messe in pratica sono state le seguenti:

- l'operatore in servizio ha compilato la scheda cadute, che successivamente è stata consegnata al Coordinatore di riferimento;
- il paziente caduto è stato visito nel più breve tempo possibile da un medico della struttura. Nessuna caduta ha necessitato la chiamata di mezzi d'emergenza;
- il coordinatore in accordo con il medico responsabile di Progetto ha effettuato il colloquio con il paziente per ricordare la necessità di effettuare i trasferimenti in sicurezza e se non sicuri, di aspettare l'arrivo dell'operatore;
- il coordinatore durante la riunione d'equipe e singolarmente con gli operatori interessati ha ricordato i seguenti protocolli: procedura prevenzione delle cadute; protocollo gestione caduta; protocollo per la mobilitazione, movimentazione e passaggi posturali; istruzioni sulle principali manovre da applicare in caso di emergenza/urgenza sanitaria.
- Il paziente con ausilio inadeguato è stato rivalutato dal medico, che in equipe con il tecnico ortopedico, ha ritenuto necessaria la prescrizione di ortesi idonee e l'uso di altri ausili già in possesso del paziente.

Sono stati effettuati corsi sulla movimentazione manuale dei carichi e movimentazione dei pazienti e piani alzate.

**Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2024 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato

<b>Near Miss</b>	1 (1%)		Patologie correlate a disfunzioni neuro-motorie (70%) Ausilio inadeguato al grado di fragilità della persona (10%) Patologie correlate a disturbi visivi (20%)	Informazione/formazione /addestramento (100%)	Sistemi di reporting (100%)
<b>Eventi Avversi</b>	21 (99%)	100%			
<b>Eventi Sentinella</b>	0				

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

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2022	0	0	0
2023	0	0	0
2024	0	0	0
<b>Totale</b>			

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

### 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

**Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa**

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2025	1/2372/65/192589165 (31.12.2025)	UnipolSai	67.827,50/semestre 135.655,01/anno	260.00 per sinistro	

### 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

**Tabella 5 –Resoconto delle attività del Piano precedente**

<b>Obiettivo A: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo</b>		
Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
<b>Attività 1</b> Indagine sulla incidenza/prevalenza delle infezioni del tratto urinario e delle lesioni da decubito	Sì	Eseguito con esami di laboratorio specifici per il riscontro di infezioni del tratto urinario su pazienti maggiormente a rischio; aggiornamento della cartella clinica del paziente con lesioni da decubito.
<b>Attività 2</b> Progettazione ed esecuzione del Corso “Rischio Biologico ” rivolto agli operatori sanitari	Si	Eseguito in data 17/10/2024
<b>Obiettivo B: Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o</b>		

<b>contenimento degli eventi avversi</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata<sup>(B)</sup></b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 1:</b> Diffusione procedura: “Prevenzione cadute” e “Protocollo gestione cadute”	Sì	Diffusione delle procedure durante le riunioni d’equipe
<b>Attività 2:</b> Progettazione ed esecuzione di un Corso formativo ed informativo sulla Movimentazione Manuale del paziente ospedalizzato/Movimentazione Manuale Carichi	Si	Attuati corsi di formazione pratici agli operatori nelle seguenti date: 19/06/2024 26/06/2024 12/07/2024 30/07/2024 18/10/2024
<b>Obiettivo C: Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata<sup>(B)</sup></b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 1</b> – Monitoraggio consumo di prodotti idroalcolici per igiene delle mani	Si	Monitoraggio attraverso modulo “Carico/scarico materiale di consumo”
<b>Attività 2</b> – Diffusione procedura “Protocollo modalità di lavaggio mani e utilizzo dei guanti”	Sì	Diffusione delle procedure durante le riunioni d’equipe.
<b>OBIETTIVO D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)</b>		
<b>Attività</b>	<b>Realizzata<sup>(B)</sup></b>	<b>Stato di attuazione</b>
<b>Attività 1</b> – Diffusione procedura “Protocollo delle infezioni e delle parassitosi”	Sì	Diffusione delle procedure durante le riunioni d’equipe.
<b>Attività 2:</b> Monitoraggio infezioni da batteri multiresistenti delle vie urinarie in pazienti con CV a permanenza e che effettuano il cateterismo intermittente.	si	Effettuati esami di laboratorio specifici per il riscontro delle infezioni delle vie urinarie.

(A): Gli obiettivi regionali non vanno modificati. È possibile eventualmente identificarne di ulteriori.

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

## 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del Piano riconosce responsabilità non del tutto sovrapponibili a quelle previste per le strutture che erogano assistenza per l'acuzie e la post-acuzie. Spesso, infatti, la figura del Direttore Sanitario (ove presente) o del Medico Responsabile concentrano sia le responsabilità igienico-sanitarie della struttura che quelle relative alla gestione del rischio. La tabella 6, pertanto, va intesa come semplice esempio, da adattare alle specificità organizzative della singola struttura, purché per ogni attività in essa contenuta, da intendersi come minimo mandatorio, venga individuata una unica figura responsabile.

**Tabella 6 – Matrice delle responsabilità**

Azione	Direttore Sanitario/ <i>Risk Manager*</i>	Coordinatori di servizio /Medico Responsabile	Responsabile Affari Legali/Generali*	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
Redazione PARS	R	C	I	I
Adozione PARS	C	R	I	I
Monitoraggio PARS	R	C	I	C

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

\*Se presente

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 6.1 Obiettivi

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene 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 31/12/2025 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

### 6.2 Attività

#### Tabella 7 –

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE ANCHE IN RELAZIONE AL RISCHIO INFETTIVO</b>
<b>ATTIVITÀ 1</b> – Implementazione della procedura sulle lesioni da compressione con relativa diffusione
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30/06/2025
<b>STANDARD SI</b>

<b>FONTE Risk Manager</b>		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Coordinatore/U Formazione</b>
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I
Registrazione del corso	I	R

**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 1** - Progettazione ed esecuzione di un Corso formativo ed informativo sulla Movimentazione Manuale del paziente ospedalizzato/Movimentazione Manuale Carichi

**INDICATORE** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30/09/2025

**STANDARD SI**

**FONTE Risk Manager**

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Coordinatore/U Formazione</b>
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I
Registrazione del corso	I	R

**ATTIVITÀ 2** - Progettazione ed esecuzione di un Corso informativo "Prevenzione delle cadute"

**INDICATORE** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025

**STANDARD SI**

**FONTE Risk Manager**

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Coordinatore/U Formazione</b>
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I
Registrazione del corso	I	R

**ATTIVITÀ 3** - Progettazione ed esecuzione di un Corso informativo "Concetti base del rischio clinico: Near Miss-Evento Avverso-Evento Sentinella"

**INDICATORE** Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 30/06/2025

**STANDARD SI**

**FONTE Risk Manager**

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risk manager</b>	<b>Coordinatore/U Formazione</b>
Progettazione del corso	R	C
Esecuzione del corso	R	I
Registrazione del corso	I	R

**OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE CHE, SULLA BASE DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO REGIONALE E DELLE SPECIFICITÀ LOCALI, INDIVIDUI LE ATTIVITÀ PER RAGGIUNGERE ENTRO IL 31/12/2025 GLI OBIETTIVI DEFINITI NEL PIANO DI INTERVENTO E NE ASSICURI IL MANTENIMENTO O IL MIGLIORAMENTO NEGLI ANNI SUCCESSIVI**

**ATTIVITÀ 1 - Monitoraggio consumo di prodotti idroalcolici per igiene delle mani**

**INDICATORE** Monitoraggio attraverso modulo carico/scarico con controllo trimestrale

**STANDARD** SI

**FONTE** Risk Manager

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk manager	Coordinatore
Compilazione Modulo	C	R
Controllo consumo	R	C

**ATTIVITÀ 2 – Implementazione delle strategie multimodali per il miglioramento dell'igiene delle mani**

**INDICATORE** Definizione Team per la promozione e l'implementazione della pratica di igiene delle mani , attivazione e monitoraggio delle procedure di controllo

**STANDARD** SI

**FONTE** Risk Manager

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk manager	Coordinatore
Definizione Team	R	C
Esecuzione e Monitoraggio	I	R

**OBIETTIVO D) PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE).**

**ATTIVITÀ 1- Monitoraggio infezioni da batteri multiresistenti delle vie urinarie in pazienti con CV a permanenza e che effettuano il cateterismo intermittente.**

**INDICATORE** Esecuzione periodica esame urine con urinocoltura in pazienti sintomatici

**STANDARD** SI

**FONTE** Risk Manager

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

Azione	Risk manager	Coordinatore/Medico responsabile PRI
Prescrizione degli esami	I	R
Controllo degli esami	I	R
Elaboratore del report	R	I

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

## 7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

- pubblicazione sul sito web della struttura

- presentazione del PARS all'equipe

## **8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI**

Andersen B, Fagerhaug T. Root cause analysis. Simplified tools and techniques. Milwaukee, WI: American Society for Quality; 2006.

Baker GR., Harvard Medical Practice Study. Qual Saf Health Care. 2004 Apr;13(2):151-152.

Circolare del Ministero della Sanità n. 52/1985: Lotta contro le infezioni ospedaliere.

Circolare del Ministero della Sanità n. 8/1988: Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza.

Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali dell'11 dicembre 2009: Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in Sanità. Gazzetta Ufficiale Serie generale n. 8 del 12 gennaio 2010, 34-47.

Decreto del Ministero della Sanità 24 luglio 1995: Contenuti e modalità degli indicatori di efficienza nel Servizio sanitario nazionale. Gazzetta Ufficiale Serie generale n. 263 del 10 novembre 1995, 15-35.

Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997: 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. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 42 del 20 febbraio 1997.

Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998: Approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000. Supplemento Ordinario n. 201 alla Gazzetta Ufficiale n. 288 del 10 dicembre 1998.

Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003: Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Supplemento Ordinario n. 95 alla Gazzetta Ufficiale n. 139 del 18 giugno 2003.

Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006: Approvazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Supplemento Ordinario n. 149 alla Gazzetta Ufficiale n. 139 del 17 giugno 2006.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999.

Decreto Legislativo 28 luglio 2000, n. 254: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari. Supplemento ordinario n. 149/L alla Gazzetta Ufficiale n. 213 del 12 settembre 2000 - Serie generale.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 Testo coordinato con il D. Lgs. 3 agosto 2009, n. 106. Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro. Supplemento Ordinario n. 108/L alla Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008 (Decreto integrativo e correttivo: Suppl. Ordinario n. 142/L alla Gazzetta Ufficiale n. 180 del 05 agosto 2009).

Geddes Da Filicaia M. Guida all'audit clinico. Pianificazione, preparazione e conduzione. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2008.

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. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human. Building a safer health system. Washington, DC: The National Academies Press: 2000.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella. Luglio 2009.

Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità. Risk Management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 marzo 2003). Roma, marzo 2004.

Ministero della Salute. Decreto 15 novembre 2005. Approvazione dei modelli di schede di segnalazioni di incidenti o mancati incidenti, che coinvolgono dispositivi medici e dispositivi medico-diagnostici in vitro. Gazzetta Ufficiale Serie Generale 24 novembre 2005, n. 274, 17-50.

Modello organizzativo di sviluppo del “Percorso aziendale per il recepimento e l’implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute per la sicurezza dei pazienti” indicato dalla Regione Lazio (nota 99218 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria).

Nashef SAM. What is a near miss? Lancet. 2003 Jan 11;361(9352):180-181.

Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute.

Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000 Mar 18;320(7237):768-770.

Reason J. Managing the risks of organizational accidents. London: Routledge; 1997.

Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali. Determinazione 27 aprile 2018 n. G05584. Approvazione del “Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP)”.

Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria. Determinazione 25 gennaio 2022, n. G00643. Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.

Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria. Determinazione 20 luglio 2021, n. G09850. Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella”.

Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria. Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044. Adozione del “Piano di Intervento regionale sull’Igiene delle Mani”.

Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria. Determinazione 25 giugno 2020 n. G07551. Approvazione del “Documento di indirizzo sulla sicurezza della terapia farmacologica” e del “Glossario degli acronimi e delle abbreviazioni in uso nella Regione Lazio”.

Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria. Determinazione 25 gennaio 2022 n. G00642. Adozione del “Documento di indirizzo sul consenso informato”.

Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria. Determinazione 16 settembre 2021 n. G10851. “Adozione della revisione del “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”.

Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria. Determinazione 22 luglio 2021 n. G09956. Approvazione della revisione del “Documento di indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita”.

Regione Lazio – Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356. Approvazione del “Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”.

Regione Lazio – Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria. Determinazione 11 gennaio 2019, n. G00164. Approvazione ed adozione del documento recante le "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".

Regione Lazio – Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria. Determinazione 1 aprile 2014, n. G04112. Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)".

Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta 16 dicembre 2015, n. U00593: Modifica e integrazione del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (di cui al DCA n.U00309 del 06/07/2015) ai sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2015 (Rep. Atti n. 56/CSR) concernente il “Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018 – Documento per la valutazione”.

Regione Lazio. Decreto del Commissario ad acta 28 maggio 2013, n. U00206: Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della regione Lazio a seguito del recepimento degli “standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012” elaborati dal Comitato L.E.A. 8/10.

Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta 4 novembre 2016, n. U00328. Approvazione delle “Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.

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

Rimondini M, Pascu D, Zanovello G, Romano G. Apprendere dagli errori. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2015.

Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità. Min. della salute

Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella  
Documento di indirizzo elaborato dal gruppo di lavoro istituito dalla Determina n. G14486 del 24/11/2015 recante “Costituzione di Gruppi di lavoro tematici in materia di Rischio Clinico”

Raccomandazioni per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie – Raccomandazione n 13 del 2011 – Ministero della Salute

Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ. 1998 Jul 4;317:61-65.

Vincent C. Clinical risk management. Enhancing patient safety. 2nd edition. London: BMJ Books; 2001.

Vincent C. La sicurezza del paziente. 2<sup>a</sup> edizione. Milano: Springer-Verlag Italia; 2011.



## **Appia Riabilitazione Capodarco**

*Ambulatorio Fisioterapia e Riabilitazione Neuro Motoria,  
Ambulatorio Neuro Psichiatria Infantile, Psicomotricità e Logopedia,  
Centro Diurno, Nucleo Residenziale di Riabilitazione*



World Health Organization – World Alliance for Patient Safety. The second Global Patient Safety Challenge. Save Surgery Save Live. 2008.

World Health Organization. A Guide to Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. 2009.

World Health Organization. Global guidelines for the prevention of surgical site infection. 2018.

# PIANO D'AZIONE LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI

## Sommario

<b>1. Introduzione.....</b>	<b>2</b>
<b>2. L'igiene delle mani.....</b>	<b>3</b>
2.1 Premessa .....	3
2.2 Quando è raccomandato il lavaggio mani.....	4
2.3 Tipologie di lavaggio mani .....	4
2.4 Lavaggio con acqua e sapone (pagina da stampare, plastificare e appendere) in visione di operatori e visitatori) .....	6
2.5 Lavaggio con soluzione alcolica (pagina da stampare, plastificare e appendere in visione di operatori e visitatori) .....	7
2.6 Uso dei guanti.....	8
2.7 Risorse Necessarie Per Il Lavaggio Delle Mani .....	10
<b>3. Le Cinque Sezioni Della Strategia Per Il Miglioramento Dell'igiene Delle Mani .....</b>	<b>11</b>
3.A Requisiti Strutturali E Tecnologici .....	12
3.B FORMAZIONE DEL PERSONALE .....	13
3.C Monitoraggio E Feedback.....	16
3.D COMUNICAZIONE PERMANENTE .....	19
3.E Clima Organizzativo E Commitment.....	21
<b>4. Revisione .....</b>	<b>23</b>

## 1. Introduzione

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in una Struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in una Struttura sanitaria, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura. Costituiscono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale, incluse le Strutture Socio-Assistenziali.

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

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

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

I microrganismi coinvolti possono essere virus, funghi o miceti, parassiti e, più frequentemente, batteri.

La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l'apparato respiratorio, le ferite chirurgiche, o si manifesta come infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie).

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

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

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

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

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

all'interno di un più ampio insieme d'interventi che comprende controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici, tra i quali quelli relativi all'igiene delle mani.

Il presente documento è stato redatto dal Centro Appia Riabilitazione Capodarco in conformità al Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani (Determinazione della Regione Lazio 26 febbraio 2021, n. G02044), che definisce una combinazione di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali per consentire alle Strutture sanitarie e socio-sanitarie di elaborare un piano di azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti dell'OMS.

Inoltre si avvale degli strumenti di supporto disponibili nel *Cloud* regionale, all'interno del percorso *Allegati Documenti Regionali* → *Piano Intervento Igiene Mani* → *Strumenti di Supporto*:

- Questionario per gli operatori sanitari
- Questionario sulla percezione degli operatori sanitari
- Scheda di Osservazione
- Corso di formazione sui filmati OMS
- Corso di formazione per formatori, osservatori e operatori sanitari
- Corso di formazione per il coordinatore del piano di azione
- Poster e altro materiale informativo

## 2. L'igiene delle mani

### 2.1 Premessa

Il lavaggio delle mani rappresenta da solo il mezzo più importante ed efficace per prevenire la trasmissione delle infezioni, e l'uso dei guanti serve per prevenire la contaminazione delle mani degli operatori sanitari al fine di ridurre la trasmissione di patogeni in ambito sanitario. Serve ad allontanare fisicamente lo sporco e la maggior parte della flora transitoria della cute e a garantire un diverso livello di contaminazione e un conseguente rischio di sicurezza per gli ospiti e gli stessi operatori.

*L'igiene delle mani è un intervento indispensabile per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) trasmesse dal contatto tra gli operatori socio-sanitari con i pazienti.*

L'igiene delle mani è una pratica efficace a prevenire il rischio infettivo, semplice ma anche complessa. La corretta modalità di igiene delle mani deve essere definita in base al tipo di pratica assistenziale che ci si appresta a compiere.

Le mani sono un veicolo di trasmissione per i microrganismi. Il livello di contaminazione dipende dalla durata e dalla natura dell'attività.

Non è indicato indossare anelli, braccialetti, unghie artificiali perché comportano un incremento del numero dei microrganismi presenti sulle mani.

Poiché sotto le unghie si annidano e proliferano miceti e batteri, è importante che le unghie siano corte, arrotondate, limate, ed è preferibile che gli avanbracci siano liberi da indumenti.

La cute della mani deve essere mantenuta integra, ricorrendo anche ad uso di creme emollienti.

## 2.2 Quando è raccomandato il lavaggio mani

I 5 momenti fondamentali	Motivazioni
1) prima del contatto con l'ospite	Per proteggere l'ospite nei confronti di germi patogeni presenti sulle tue mani.
2) prima di una manovra asettica	Per evitare l'introduzione accidentale di germi potenzialmente patogeni dall'ospite o dalle tue mani.
3) dopo l'esposizione ad un liquido biologico	Per proteggere te stesso e l'ambiente dalla contaminazione di germi potenzialmente patogeni.
4) dopo il contatto con l'ospite	Per proteggere te stesso e l'ambiente dalla contaminazione di germi potenzialmente patogeni.
5) dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente	Per proteggere te stesso e l'ambiente dalla contaminazione di germi potenzialmente patogeni.

## 2.3 Tipologie di lavaggio mani

L'igiene delle mani si può ottenere con diverse modalità a seconda della situazione e della pratica assistenziale da eseguire.

- Lavaggio sociale: va effettuato con acqua e sapone
- Lavaggio antisettico: va effettuato con acqua e prodotti antisettici a base di alcoli, clorexidina, iodoforni, triclosan
- Frizione con gel/soluzione a base alcolica: viene eseguita con prodotti a base di alcoli o alcoli e clorexidina

**Nella linea guida sull'igiene delle mani (WHO 2009), l'organizzazione Mondiale della Sanità ha espressamente indicato la frizione alcolica come pratica da diffondere e da preferire**

Tipo di igiene delle mani	Modalità	In quali condizioni
Lavaggio sociale	Acqua e sapone	quando visibilmente sporche
		dopo l'uso dei servizi igienici
		prima di manipolare farmaci o preparare il cibo
Lavaggio antisettico	Acqua e detergente antisettico	se contaminata con sangue o altri fluidi biologici
		in caso di esposizione sospetta o accertata a microrganismi sporigeni, incluse epidemie di Clostridium difficile
Frizione con gel o soluzione a base alcolica	Soluzione a base alcolica	prima o dopo il contatto diretto con il paziente
		prima di manipolare un dispositivo invasivo per l'assistenza al paziente, indipendentemente dall'uso dei guanti;
		dopo il contatto con fluidi biologici o secrezioni, mucose, cute non integra o dopo medicazioni di ferite
		in caso di passaggio da una parte contaminata del corpo a un altro sito corporeo nel corso dell'assistenza allo stesso paziente
		dopo il contatto con superfici ed oggetti (incluse le attrezzature mediche) nelle immediate vicinanze del paziente
		dopo la rimozione di guanti sterili o non sterili

Lavare le mani con sapone semplice o sapone antisettico e acqua o frizionare le mani con una preparazione a base alcolica prima di manipolare farmaci o preparare il cibo.

**Non praticare mai in sequenza il lavaggio con acqua e sapone e la frizione con il prodotto a base alcolica**



## **Appia Riabilitazione Capodarco**

*Ambulatorio Fisioterapia e Riabilitazione Neuro Motoria,  
Ambulatorio Neuro Psichiatria Infantile, Psicomotricità e Logopedia,  
Centro Diurno, Nucleo Residenziale di Riabilitazione*



E' inoltre importante ricordare di mantenere in salute le mani, che i frequenti lavaggi sottopongono a stress.

Si consiglia pertanto l'applicazione quotidiana di una crema idratante

**2.4 Lavaggio con acqua e sapone (pagina da stampare, plastificare e appendere)  
in visione di operatori e visitatori)**



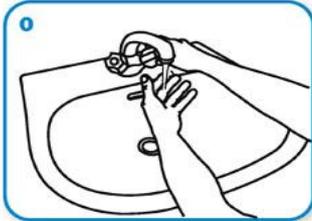
## Come lavarsi le mani con acqua e sapone?



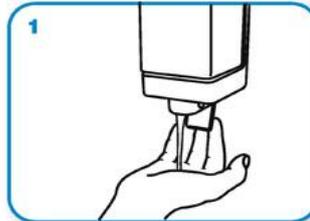
**LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!**



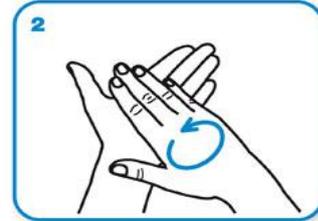
Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



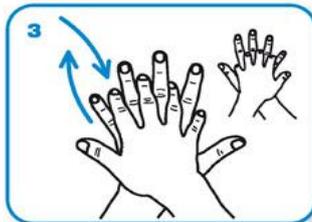
Bagna le mani con l'acqua



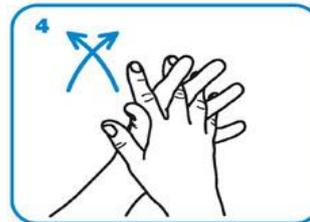
applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



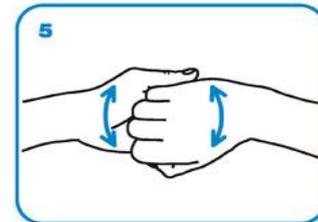
friziona le mani palmo contro palmo



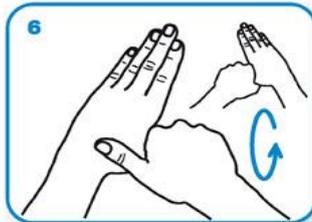
il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



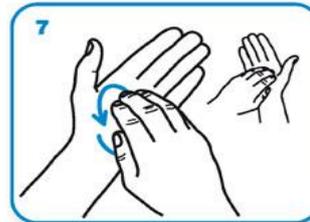
palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



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



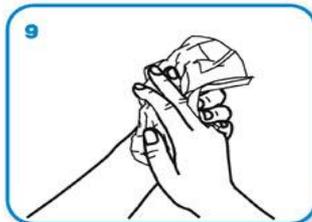
frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



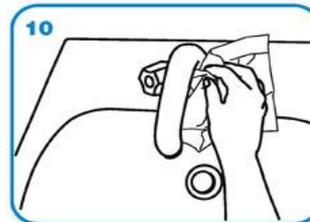
frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



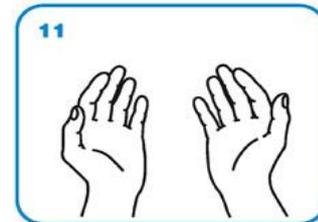
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



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

**2.5 Lavaggio con soluzione alcolica (pagina da stampare, plastificare e appendere in visione di operatori e visitatori)**

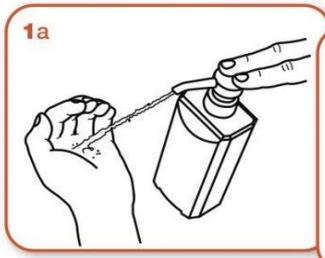


## Come **frizionare** le mani con la soluzione alcolica?

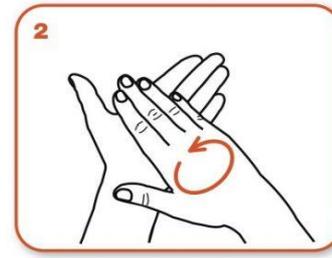
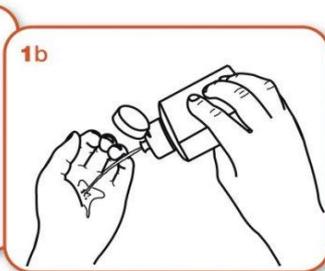
**USA LA SOLUZIONE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI!  
LAVALE CON ACQUA E SAPONE SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE!**



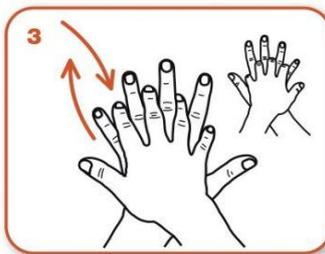
Durata dell'intera procedura: **20-30 secondi**



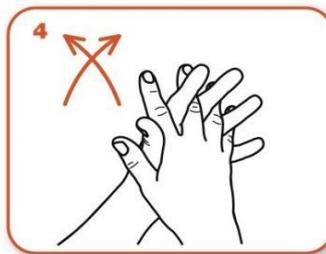
Versare nel palmo della mano una quantità di soluzione sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani.



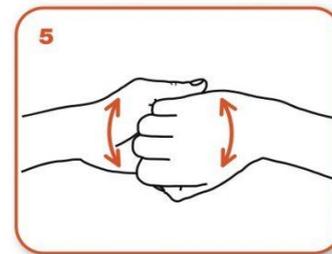
frizionare le mani palmo contro palmo



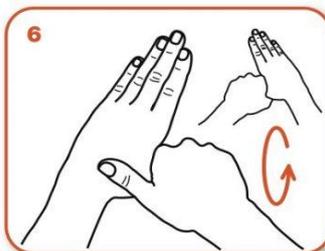
il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



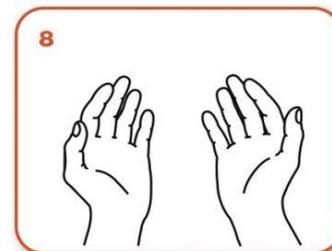
dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



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.

## 2.6 Uso dei guanti

L'efficacia dei guanti nel prevenire la contaminazione delle mani degli operatori sanitari e ridurre la trasmissione di patogeni in ambito sanitario è stata confermata da vari studi clinici.

E' consigliabile che il personale sanitario indossi i guanti per due motivi principali:

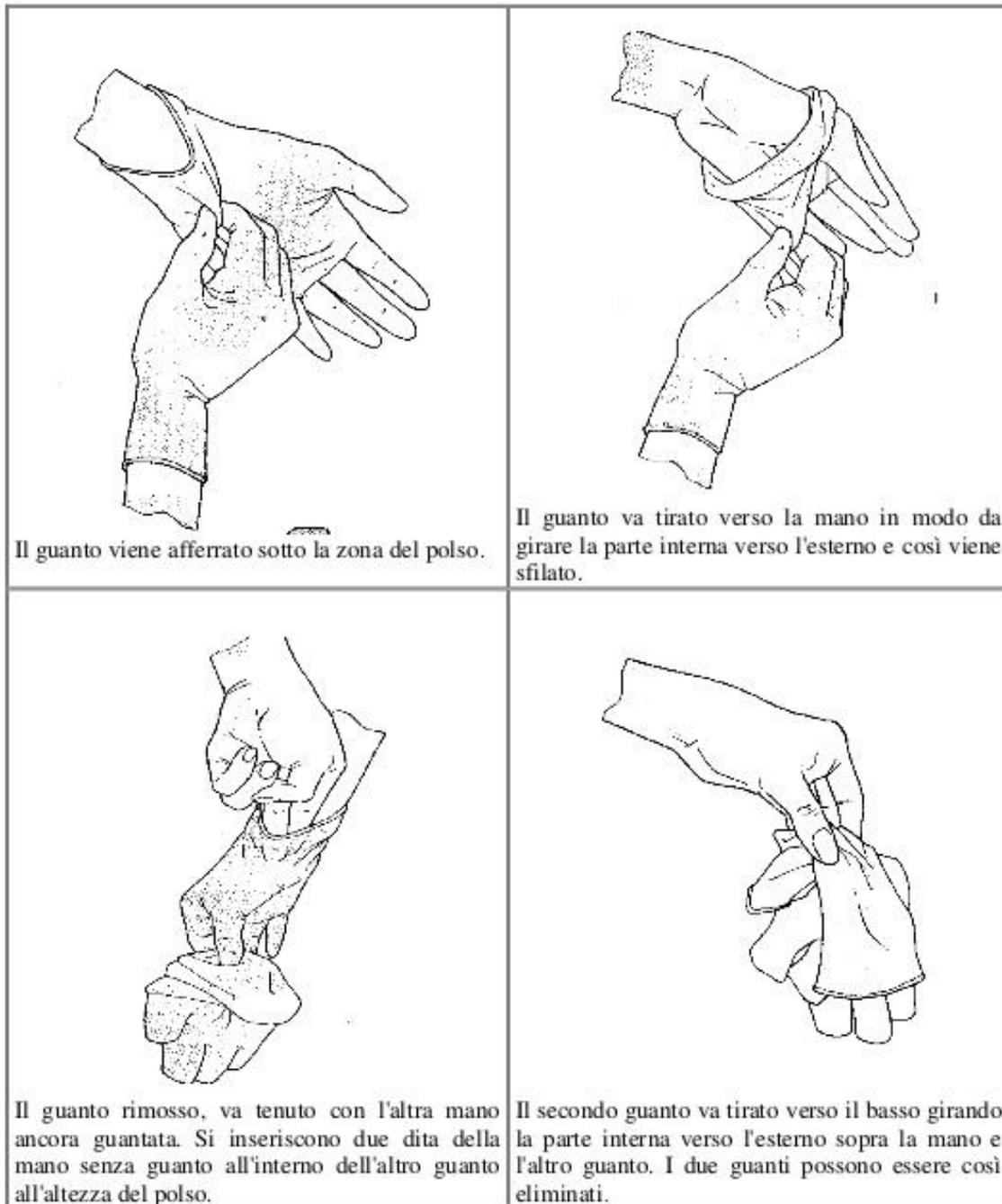
- 1) Impedire la trasmissione di microrganismi potenzialmente patogeni, residenti o presenti temporaneamente sulle mani del personale, che li veicola ai pazienti e da paziente a paziente
- 2) Ridurre il rischio che gli operatori sanitari acquisiscano le infezioni dai pazienti

Di seguito le principali raccomandazioni relative all'uso dei guanti:

- L'uso dei guanti NON sostituisce la necessità di igiene delle mani mediante lavaggio o frizione
- Devi indossare guanti di tipologia adeguata alla procedura da eseguire
- Devi indossarli con mani asciutte per ridurre il rischio di irritazioni della cute
- Devi indossarli quando prevedi il contatto con sangue o altri materiali potenzialmente infetti, con le mucose, con la cute non integra oppure integra, ma potenzialmente contaminata (ad esempio di un paziente con incontinenza fecale o urinaria)
- Non sono indicati in assenza di rischio potenziale di esposizione a sangue o liquidi corporeo o a un ambiente contaminato (eccetto che in caso di precauzioni da contatto)
- Quando usi i guanti, sostituiscili o rimuovili nelle seguenti situazioni:
  - durante l'assistenza ad un paziente se ti sposti da un'area contaminata del suo corpo ad una pulita;
  - dopo il contatto con un'area contaminata e prima del contatto con un'area pulita dell'ambiente sanitario
- Devi rimuoverli, ponendo attenzione a non contaminare le mani, dopo aver assistito un solo paziente
- Non devono essere riutilizzati. Se i guanti vengono riutilizzati è necessario garantire un trattamento adeguato e validato per assicurarne l'integrità e la decontaminazione microbiologica.
- L'uso dei doppi guanti è considerata una pratica appropriata nei paesi ad alta prevalenza di HCV, HBV e HIV per procedure chirurgiche che durino a lungo (>30 minuti), per procedure che comportano il contatto con grandi quantità di sangue o liquidi corporei, per alcune procedure ortopediche ad alto rischio.

L'UTILIZZO DEI GUANTI NON SOSTITUISCE MAI L'IGIENE DELLE MANI

## RIMOZIONE DEI GUANTI MONOUSO



*(pagina da stampare, plastificare e appendere in visione di operatori e visitatori)*

## 2.7 Risorse Necessarie Per Il Lavaggio Delle Mani

### Lavaggio Con Acqua E Sapone

La presenza e l'ubicazione del lavandino è fondamentale per l'aderenza ai buoni principi di igiene delle mani; il personale deve poter agevolmente usufruire della postazione che deve essere corredata da:

- ✓ rubinetto attivato a pedale / a fotocellula / a leva
- ✓ dispensatore di sapone e/o detergente antisettico
- ✓ dispensatore di salviette monouso.

È necessario assicurare che gli erogatori per il sapone e i prodotti a base alcolica siano accessibili nei **punti di assistenza**.

**Punto di assistenza:** è da intendersi il luogo (*ad esempio piani di lavoro, carrello, camera di degenza*) in cui si trovano contemporaneamente il paziente e l'operatore socio-sanitario e in cui si effettua cura o trattamento, con contatto del paziente.

I prodotti per l'igiene delle mani devono essere conservati nel loro flacone originale.

**Si ricorda di non aggiungere sapone ad un erogatore parzialmente vuoto poiché questa operazione può comportare contaminazione batterica del sapone: è necessario quindi sostituire l'intero erogatore a prodotto finito.**

Il contenitore per rifiuti posto accanto al lavandino deve possedere caratteristiche che impediscano l'eventuale contaminazione delle mani durante l'eliminazione delle salviette monouso, quindi deve avere un'apertura a pedale o non disporre di alcun dispositivo di chiusura.

### Soluzione Alcolica Al Punto Di Assistenza

L'introduzione della soluzione alcolica, di cui è dimostrata l'efficacia nella decontaminazione delle mani, favorisce l'adesione a tale pratica, in quanto permette agli operatori di realizzarla direttamente nell'ambiente circostante il paziente.

**E' importante assicurarsi che la soluzione alcolica in uso contenga il 60 - 90% di etanolo, isopropanolo, n-propanolo.**

### 3. Le Cinque Sezioni Della Strategia Per Il Miglioramento Dell'igiene Delle Mani

Le indicazioni contenute nel documento *Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions* dell'OMS prevedono cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani:

- A. REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**
- B. FORMAZIONE DEL PERSONALE**
- C. MONITORAGGIO E FEEDBACK**
- D. COMUNICAZIONE PERMANENTE**
- E. CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

Ogni sezione è corredata da un **questionario di autovalutazione**, che fornisce un punteggio per determinare il livello di implementazione delle misure necessarie.

Il **punteggio**, in analogia al documento OMS, individua quattro livelli:

- 1. INADEGUATO:** la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
- 2. BASE:** sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento
- 3. INTERMEDIO:** è stata sviluppata un'adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo. **Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2024.**
- 4. AVANZATO:** la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

<b>INADEGUATO</b>	0-25
<b>BASE</b>	26-50
<b>INTERMEDIO</b>	51-75
<b>AVANZATO</b>	76-100

La Direzione Sanitaria della Struttura con il supporto del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA), è responsabile delle seguenti attività:

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

**Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, il questionario di autovalutazione deve essere compilato con cadenza almeno annuale da ciascun Coordinatore relativamente al proprio nucleo e consegnato al Direttore Sanitario, che ne elabora e presenta i dati agli altri componenti del CCICA al fine di valutare le eventuali azioni di implementazione. L'obiettivo del Centro Appia Riabilitazione Capodarco è quello di tendere il più possibile al livello AVANZATO per ogni sezione analizzata.**

### 3.A Requisiti Strutturali E Tecnologici

All'interno del centro devono essere disponibili dotazioni quantitativamente e qualitativamente adeguate per consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani.

Considerato che il metodo di prima scelta per l'igiene delle mani consiste nella **frizione con soluzione a base alcolica**, i *dispenser* di soluzione alcolica devono essere disponibili per ogni punto di assistenza, intendendo con questo il luogo fisico in cui si incontrano il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporta il contatto con il paziente o con l'ambiente che lo circonda.

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

- stanze di degenza;
- medicheria/infermeria/locali di preparazione dei farmaci;
- ambulatori/ palestra;
- all'ingresso dei nuclei;
- locali ristoro/relax;
- stanze operatori;
- sui carrelli adibiti all'attività assistenziale.

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

È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani.

Il Direttore Sanitario, col supporto del CCICA, esamina le informazioni disponibili sulla compliance all'igiene delle mani e sulle ICA per definire il programma di miglioramento.

A tale scopo, analizza lo stato del centro e le risorse disponibili attraverso:

- indagine sui singoli nuclei svolta dai rispettivi Coordinatori compilando il questionario di autovalutazione, con periodicità almeno semestrale;
- indagine sul consumo di soluzione alcolica interfacciandosi con i Coordinatori e Ufficio Acquisti con periodicità almeno semestrale.

Il Direttore Sanitario, col supporto del CCICA, definisce gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica e ogni stanza di degenza di un lavandino, ed un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità del centro; definisce altresì l'eventuale necessità di elaborare un piano di azione straordinario con azioni da implementare entro un termine massimo di tre mesi per i nuclei che abbiano evidenziato criticità tali da fornire un punteggio di livello INADEGUATO nel questionario di autovalutazione.

I Prodotti per l'igiene delle mani vengono approvvigionati dall'Ufficio Acquisti con cadenza annuale e controllo semestrale da parte dei Coordinatori delle scorte, sono immagazzinati attraverso il modulo Carico/scarico.

I coordinatori di ogni servizio verificano trimestralmente lo stato dei dispenser e dei lavandini. I dispenser con la soluzione idroalcolica sono distribuiti dai Coordinatori dei servizi negli spazi individuati insieme alla Direzione. Ai coordinatori spetta il compito di verificare la manutenzione ordinaria e straordinaria dei lavandini, richiedendone la manutenzione in caso di guasti.

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

**Dal questionario di autovalutazione il centro Appia Riabilitazione Capodarco si attesta nella fascia Avanzato**

### 3.B FORMAZIONE DEL PERSONALE

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

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

Le attività formative sono declinate all'interno di un **piano formativo esteso a tutto il personale**, compreso quello in *outsourcing*, ai neoassunti ed agli studenti e tirocinanti che frequentano il centro. All'interno del piano sono inoltre previsti adeguati momenti di *retraining*.

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

- Formatori:** sono le figure incaricate di formare, anche con sessioni pratiche, gli operatori sanitari, scelti dall'Ufficio Formazione.
- Osservatori:** il loro ruolo è fondamentale per consentire di porre in atto un'adeguata attività di monitoraggio e di feedback nei confronti dei propri operatori. Sono le figure che compilano la Scheda di Osservazione fornita dal Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani. Il DS sceglie gli osservatori. Le osservazioni vengono effettuate nei setting assistenziali.
- Operatori sanitari**

La formazione include i seguenti contenuti:

- Definizione e impatto delle ICA;

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

Il Direttore Sanitario, con Ufficio formazione definisce un piano formativo da attuare nell'anno.

Inoltre, con il supporto dei coordinatori e degli altri componenti del CCICA, programma un evento formativo sul Piano di Azione Locale sull'igiene delle Mani in presenza e/o da remoto della durata massima di 2 ore.

Viene identificato un formatore e tre osservatori, per i quali viene programmato un corso di formazione.

A conclusione di ciascun evento formativo, ciascun Coordinatore somministra agli operatori del proprio nucleo il "Questionario per gli operatori sanitari" ed il "Questionario sulla percezione degli operatori sanitari" forniti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani. I Coordinatori stessi ed i Medici responsabili di progetto sono tenuti a compilare il "Questionario per gli operatori sanitari". La compilazione di ciascun questionario deve essere estemporanea e richiede circa 10 minuti.

Le risposte e i risultati dei questionari sono riservati e analizzati in forma aggregata dal CCICA e dalla DS, che ne desumono l'eventuale necessità di momenti formativi supplementari.

È prevista una formazione per tutti gli operatori sanitari sull'igiene delle mani, con cadenza annuale sia i formatori e gli osservatori che per tutti gli operatori sanitari.

Nel centro sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali quali:

- Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani;
- Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani;
- Brochure sull'igiene delle mani e poster informativi;
- Protocollo modalità di lavaggio mani e utilizzo guanti;
- Protocollo per la sorveglianza e prevenzione delle infezioni e delle parassitosi correlate all'assistenza
- Protocollo per la gestione da microorganismi multifarmaco resistenti
- Protocollo per la gestione dell'incontinenza e del cateterismo vescicale
- Linee guida per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni da decubito
- Politica promozione della salute Capodarco-Anteo

Su segnalazione del Direttore Sanitario in concomitanza dell'avvenuto aggiornamento di documenti e procedure e comunque con periodicità almeno semestrale, il Coordinatore di ciascun nucleo verifica che le risorse ed i materiali obsoleti presenti nel proprio nucleo vengano sostituiti con materiale aggiornato.

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

**Dal questionario di autovalutazione il centro Appia Riabilitazione Capodarco si attesta nella fascia Avanzato**

### 3.C Monitoraggio E Feedback

Il monitoraggio della corretta igiene delle mani nella pratica clinico-assistenziale è un **momento fondamentale**, da cui il centro può trarre informazioni utili per implementare gli interventi ed accertarne l'efficacia nel migliorare la pratica dell'igiene delle mani, la percezione della sua importanza nella riduzione delle ICA e la conoscenza dei cinque momenti tra gli operatori sanitari.

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

Le attività di monitoraggio sono strutturate con cadenza almeno annuale da personale dedicato. I principali aspetti da monitorare sono:

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

L'**osservazione diretta** rappresenta il *gold standard* per il monitoraggio: essa si prefigge di valutare il grado del rispetto dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari, di stimarne l'adesione, di identificare le eventuali criticità e di attuare le azioni di miglioramento. L'osservazione viene effettuata da personale incaricato dal centro in aree di assistenza sanitaria diretta al paziente, sia nei reparti di degenza che in contesti di attività ambulatoriale.

L'osservazione viene pianificata dal Direttore Sanitario di concerto con i Coordinatori in modo che sia rappresentativa delle attività del centro, in termini sia di setting assistenziale che di categorie professionali da monitorare, assicurando che le osservazioni siano percentualmente correlate alla numerosità delle diverse categorie.

La scelta e la formazione degli osservatori vengono effettuate con le modalità descritte nella sezione B.

Vengono identificati i setting clinici dove osservare la pratica dell'igiene delle mani.

L'osservatore opportunamente formato e validato osserva la pratica dell'igiene delle mani degli operatori al punto di assistenza.

Le categorie professionali da osservare sono: Medici, Infermieri, Educatori, Psicologi, Operatori Socio-Sanitari, Terapisti, Ausiliari, Tecnici e qualsiasi altro operatore addetto o di supporto all'assistenza al paziente, compresi quelli in formazione.

L'osservatore opera in maniera aperta e i dati di osservazione vengono raccolti in modo anonimo e riservato.

L'osservazione viene formalmente annunciata dalla Direzione Sanitaria agli operatori, informandoli che durante l'osservazione non vengono raccolti dati sulla loro identità ed inoltre informandoli sul modo in cui saranno utilizzate e restituite le informazioni.

L'osservazione viene condotta nel rispetto della privacy dei pazienti.

L'osservatore può seguire l'operatore o disporsi in un punto che non sia di intralcio all'assistenza. Il punto di osservazione deve consentire di vedere l'operatore, il paziente, l'erogatore di soluzione alcolica e/o il lavandino.

Le sessioni di osservazione vengono cronometrate.

Solo gli operatori a diretto contatto con i pazienti sono oggetto di osservazione: questo non significa che gli altri non debbano praticare l'igiene delle mani.

L'osservazione viene divisa in sessioni di 20-30 minuti. Ogni sessione valuta un'attività sanitaria dall'inizio alla fine: per questo la sessione può essere prolungata se necessario. Se durante la sessione non si verificano attività rilevanti, può essere conclusa anticipatamente.

L'osservatore deve compilare la Scheda di Osservazione fornita dal Centro Appia Riabilitazione Capodarco in conformità a quella disponibile sul *cloud* regionale.

Si valuta la compliance con i 5 momenti per l'igiene delle mani: 1) prima di un contatto con il paziente; 2) prima di una manovra pulita/asettica; 3) dopo esposizione a liquidi biologici; 4) dopo un contatto con il paziente; 5) dopo un contatto con l'ambiente che circonda il paziente.

La compliance viene calcolata rispetto alle opportunità per l'igiene delle mani: l'opportunità sussiste ogni volta che si presenta e si osserva una delle indicazioni per l'igiene delle mani.

Viene monitorato un numero minimo di 200 opportunità l'anno tramite la "scheda di osservazione" in cui vengono registrati sia la frizione con soluzione alcolica che il lavaggio con acqua e sapone, all'interno del centro Appia Riabilitazione Capodarco: Residenziale di via Lungro 1; Semiresidenziale di via Lungro 1; Residenziale di via Lungro 3 Palazzina A; Residenziale di via Lungro 3 Palazzina B; Ambulatorio di via Lungro 3.

Ove possibile, viene dato un feedback immediato al personale osservato, garantendo un clima aperto e collaborativo.

Ultimata ciascuna attività di osservazione, gli osservatori trasmettono le schede di osservazione al Direttore Sanitario, che insieme agli altri componenti del CCICA ne estrae e ne analizza i dati. Viene assunta quale indicatore di processo la percentuale di azioni di igiene delle mani effettuate correttamente dagli operatori sul totale delle opportunità.

Con periodicità trimestrale, il Direttore Sanitario si interfaccia con l'Amministrazione ed i Coordinatori per monitorare il **consumo di soluzione alcolica e di sapone** all'interno del Centro. Viene assunta quale indicatore di processo la quantità di soluzione alcolica e di sapone utilizzata per mille giornate di degenza.

In concomitanza dell'avvenuto aggiornamento di documenti e procedure e comunque con periodicità almeno semestrale, il Coordinatore di ciascun nucleo verifica lo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nel proprio nucleo.

**QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE**

**SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK**

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

**Dal questionario di autovalutazione il centro Appia Riabilitazione Capodarco si attesta nella fascia Base**

### **3.D COMUNICAZIONE PERMANENTE**

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

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

Durante la formazione, a tutti gli operatori sanitari vengono distribuiti protocolli sull'igiene delle mani, che vengono esposti in tutti gli ambienti clinici.

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

Poster divulgativi sull'igiene delle mani devono essere affissi in tutti gli ambienti dove transitano pazienti e visitatori.

Il Direttore Sanitario ed il Coordinatore del nucleo valutano la tipologia, le condizioni, lo stato di aggiornamento e la disposizione degli strumenti di comunicazione nel nucleo e concordano eventuali sostituzioni ed implementazioni, redigendone verbale sul modulo "Verbale riunioni".

Con periodicità almeno annuale, il Direttore Sanitario riferisce agli altri componenti del CCICA i risultati delle valutazioni e le azioni di implementazione già intraprese, affinché il CCICA possa valutare l'opportunità di implementarle ulteriormente.

Durante le Riunioni d'equipe tutti gli operatori di ciascun nucleo sono invitati a proporre al proprio Coordinatore strumenti di comunicazione reperiti o di propria ideazione e a segnalargli l'opportunità di variare e/o implementare la collocazione degli strumenti esistenti. Il Coordinatore riferirà al Direttore Sanitario, che valuterà le proposte insieme agli altri componenti del CCICA per decidere se e quando sia opportuno attuarle.

**QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE**

**SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE**

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

**Dal questionario di autovalutazione il centro Appia Riabilitazione Capodarco si attesta nella fascia Intermedio**

### **3.E      Clima Organizzativo E Commitment**

Affinché il Centro Appia Riabilitazione Capodarco abbia successo nella prevenzione e nel controllo delle ICA è fondamentale l'impegno da parte degli Organi Direttivi, nonché la definizione di un numero adeguato di operatori con competenze multidisciplinari per garantire un adeguato supporto alle attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo, particolarmente nella fase di monitoraggio.

Il *commitment* deve far leva anche su azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani. Attraverso la diffusione dei protocolli, nonché attraverso riunioni di nucleo e di équipe, il Centro definisce e comunica a tutti gli operatori la *policy* sul tema delle ICA, riconoscendo e utilizzando soggetti che fungono da promotori e da modelli positivi per l'igiene delle mani e, ove necessario, chiarendo anche la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica sul tema.

Viene rafforzato anche il ruolo del paziente e dei visitatori attraverso opportune iniziative per il loro *empowerment*, fornendo loro materiale informativo sull'igiene delle mani e pianificando sessioni educative in occasione degli incontri con gli operatori. La responsabilità della sicurezza del paziente è in capo al Centro, ma pazienti e visitatori attenti e informati sull'importanza dell'igiene delle mani possono rappresentare una barriera di sicurezza e uno stimolo per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni. Il loro coinvolgimento viene adeguatamente evidenziato all'interno della strategia multimodale per l'igiene delle mani, come specificato anche nella sezione D.

L'organo di riferimento per le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani è il CCICA.

I componenti del CCICA si riuniscono in forma congiunta o disgiunta semestralmente e/o in base alle esigenze riscontrate, redigendo verbale.

Il centro Appia Riabilitazione Capodarco redige con periodicità annuale e adotta il Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) secondo le indicazioni regionali, monitorando le azioni in esso previste.

**QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE**

**SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT**

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

**Dal questionario di autovalutazione il centro Appia Riabilitazione Capodarco si attesta nella fascia Base**

Il presente documento viene sottoposto a riesame periodico con cadenza annuale o in qualsiasi circostanza si renda necessario, sotto la diretta responsabilità del Direttore Sanitario e con il costante supporto del CCICA.

# PROGRAMMA GESTIONE LEGIONELLA

## APPIA RIABILITAZIONE CAPODARCO

## **COS'E' LA LEGIONELLOSI**

La Legionellosi o Legionella è un microrganismo ubiquitario. Ad oggi sono state isolate e identificate 50 specie di Legionella, di queste solo 20 specie sono state associate a casi umani (almeno un caso confermato).

Le legionelle sono presenti negli ambienti acquatici naturali e artificiali: si riscontrano nelle sorgenti, comprese quelle termali, nei fiumi, laghi, vapori, terreni. Da questi ambienti esse risalgono a quelli artificiali come le condotte cittadine e gli impianti idrici degli edifici, come i serbatoi, le tubature, le fontane e le piscine.

La legionellosi viene normalmente acquisita per via respiratoria mediante inalazione, aspirazione o microaspirazione di aerosol contenente Legionella, oppure di particelle derivate per essiccamento.

Le goccioline si possono formare sia spruzzando l'acqua che facendo gorgogliare aria in essa, o per impatto su superfici solide. La pericolosità di queste particelle di acqua è inversamente proporzionale alla loro dimensione.

La legionellosi può manifestarsi con due distinti quadri clinici: la Febbre di Pontiac e la Malattia dei Legionari.

La Febbre di Pontiac, dopo un periodo di incubazione di 24-48 ore, si manifesta in forma acuta simil-influenzale senza interessamento polmonare, e si risolve in 2-5 giorni. I sintomi sono: malessere generale, mialgie e cefalea, seguiti rapidamente da febbre, a volte con tosse e gola arrossata. Possono essere presenti diarrea, nausea e lievi sintomi neurologici quali vertigini o fotofobia.

La Malattia dei Legionari, dopo un periodo di incubazione variabile da 2 a 10 giorni (in media 5-6 giorni), si manifesta come una polmonite infettiva, con o senza manifestazioni extrapolmonari. La sindrome pneumonica non ha caratteri di specificità né clinici né radiologici.

La trasmissione della malattia da persona a persona non è mai stata dimostrata.

## **PRATICHE MANUTENTIVE**

Le condizioni più favorevoli alla proliferazione della legionella sono:

- condizioni di stagnazione di acqua;
- presenza di rami morti, tubazioni con incrostazioni e sedimenti;
- temperature comprese tra 25 e 42 gradi
- presenza di biofilm e amebe.

Al fine di evitare che si manifestino condizioni favorevoli allo sviluppo della legionella, la cooperativa, sulla base di un piano di controllo specifico di ogni struttura, garantisce una adeguata manutenzione ordinaria degli impianti per ridurre lo sviluppo della legionella all'interno delle tubazioni.

Anche i lavoratori dei servizi concorrono al raggiungimento di questo obiettivo attraverso lo svolgimento delle attività di pulizia dei rompigitto e di flussaggio dei rubinetti e delle docce non utilizzate.

Periodicamente vengono inoltre effettuati campionamenti ambientali finalizzati alla verifica della presenza del batterio nelle acque della struttura. In caso di presenza di legionella vengono adottate contromisure straordinarie con l'obiettivo di abbatterne la presenza e la carica batterica.

## **PRATICHE ASSISTENZIALI**

Per gli operatori sanitari di assistenza, il rischio di contrarre la legionellosi si riduce ai casi in cui avvenga l'inalazione di aerosol contaminato (ad esempio durante operazioni che riguardano l'igiene personale del paziente con utilizzo di acqua) al quale peraltro sono esposti anche i pazienti, in particolare:

- per inalazione dei microrganismi da goccioline di acqua contaminata aerosolizzata che può essere prodotta da docce, umidificatori dell'aria
- per contaminazione dei presidi usati per la terapia respiratoria o dispositivi medici usati sulle vie respiratorie
- attraverso meccanismi di aspirazione dell'acqua (pazienti portatori di sonde nasogastriche)

Le procedure coinvolte riguardano tutte quelle attività che coinvolgono l'apparato respiratorio, invasive e non, e che necessitano di acqua per la sterilizzazione degli strumenti o per il loro funzionamento.

### **Possibili pratiche a rischio**

- Broncoscopia
- Broncoaspirazione
- Broncolavaggio
- Ventilazione assistita
- Intubazione orotracheale
- Tracheostomia
- Sondino naso-gastrico
- Trattamenti odontoiatrici
- Aerosol terapia
- Ossigeno terapia

### **Esempi di articoli semicritici usati sul tratto respiratorio**

- Maschere facciali o tubi endotracheali
- Tubi del circuito inspiratorio ed espiratorio
- Raccordo ad Y
- Pallone reservoir per la rianimazione
- Umidificatore
- Circuiti respiratori di ventilatori meccanici
- Spirometria e boccagli
- Broncoscopi e loro accessori
- Tubi endotracheali ed endobronchiali
- Lame del laringoscopio
- Boccagli e tubi per le prove di funzionalità respiratoria nebulizzatori e reservoir maschere ed occhialini per l'ossigenazione
- Sonde dell'analizzatore di CO<sub>2</sub> e dei monitor della pressione dell'aria palloni per la rianimazione manuale
- Mandrini per intubazione sondini per aspirazione
- Sensori di temperatura

Di seguito vengono indicate le misure preventive proposte dalle Linee Guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi in merito alle pratiche assistenziali:

- Quando è possibile, per trattare le attrezzature ed i dispositivi semicritici (articoli che vengono in contatto diretto o indiretto con le mucose delle basse vie respiratorie) non alterabili dal calore e dall'umidità, usare la sterilizzazione a vapore o un alto livello di disinfezione.
- Usare metodi di sterilizzazione a bassa temperatura per le attrezzature o i dispositivi sensibili al calore o all'umidità. La disinfezione deve essere seguita da un appropriato risciacquo, asciugatura e confezionamento prestando attenzione a non contaminare gli articoli durante tale processo.
- Usare acqua sterile per risciacquare i nebulizzatori e le altre attrezzature semicritiche per l'assistenza respiratoria, dopo che sono stati puliti e/o disinfettati.
- Usare solo acqua sterile (non acqua distillata che è non sterile) per riempire i serbatoi dei dispositivi usati per l'umidificazione e nebulizzazione.
- Seguire le specifiche istruzioni del produttore per l'uso degli umidificatori per l'ossigeno. Non utilizzare umidificatori ambientali di largo volume che producono aerosol (es. umidificatori tipo venturi, a ultrasuoni o disco rotante e che sono quindi veri nebulizzatori) a meno che non sia possibile sterilizzarli o sottoporli a disinfezione di alto livello almeno una volta al giorno e riempirli solo con acqua sterile.
- Tra un trattamento e l'altro sullo stesso paziente pulire, disinfettare, risciacquare con acqua sterile (se il risciacquo è necessario) e asciugare i nebulizzatori di farmaci di piccolo volume inline o manuali.
- In caso di interventi odontoiatrici flushare ciascuno strumento accendendolo a vuoto, all'inizio di ogni giornata lavorativa (tempo minimo 2 minuti) e prima di ogni intervento (tempo minimo 20-30 sec.)

<b>Impianto</b>	<b>Parte dell'impianto</b>	<b>Pt linee guida</b>	<b>Descrizione intervento ORDINARIO</b>	<b>Frequenza prevista</b>	<b>Incaricato</b>
IDRICO Acqua calda e fredda	Intera rete	5.5 K	Flussaggio di tutti i punti non utilizzati o utilizzati saltuariamente come da procedura specifica per almeno 5 minuti	Settimanale e prima delle rioccupazioni delle camere	Servizio
IDRICO Acqua calda e fredda	Serbatoi	5.5 E	Ispezionare e accertarsi che tutte le coperture siano intatte e correttamente posizionate.	Mensile	Servizio
IDRICO Acqua calda	Bollitori	FR AC1	Aprire saracinesca e flussare lo scarico del bollitore	Mensile	Servizio
IDRICO Acqua fredda	Intera rete	5.5 A	Controllo della temperatura in uscita dai rubinetti inferiore ai 20°C e in caso di superamento segnalare a SPP e Ufficio Tecnico	Trimestrale	Servizio
IDRICO Acqua fredda	Docce, diffusori delle docce e rompigitto dei rubinetti	5.5 L	Pulizia e Disincrostazione dei rubinetti, dei rompigitto e dei soffioni delle docce	Trimestrale	Servizio
IDRICO Acqua calda	Bollitori/Serbatoi	5.5 C	Svuotare, disinfettare e, se necessario disincrostare i bollitori e i serbatoi e ripristinarne il funzionamento dopo accurato lavaggio. In caso di bollitore/serbatoio non ispezionabile eseguire una sanificazione termica (shock termico).	Semestrale	Manutentore Ufficio Tecnico
IDRICO Acqua calda	TMV	5.5 J	Pulizia, decalcificazione e disinfezione delle TMV e di ogni elemento associato ad esse.	Semestrale	Manutentore Ufficio Tecnico

<b>Impianto</b>	<b>Parte dell'impianto</b>	<b>Pt linee guida</b>	<b>Descrizione intervento ORDINARIO</b>	<b>Frequenza prevista</b>	<b>Incaricato</b>
CONDIZIONAMENTO	Vasche di raccolta e superfici alettate	5.6	Pulizia e disinfezione delle vasche di raccolta della condensa e delle superfici alettate con la rimozione dello sporco organico ed inorganico	Semestrale	Manutentore Ufficio Tecnico
CONDIZIONAMENTO	Filtri	5.6	Controllo efficienza e pulizia dei filtri e ricambio secondo le indicazioni del costruttore o lo stato verificato in occasione del controllo.	Semestrale	Manutentore Ufficio Tecnico
IDRICO Acqua fredda	Serbatoio	5.5 B	Ispezionare periodicamente e, in caso di sporcizia, pulire e disinfettare.	Annuale	Manutentore Ufficio Tecnico
IDRICO Acqua calda	Impianti di ricircolo	5.2	Impostare e verificare che negli impianti con rete di ricircolo la temperatura dell'acqua calda sanitaria: - deve essere mantenuta a $T \geq 60^{\circ}\text{C}$ nei serbatoi di accumulo - deve essere $>50^{\circ}\text{C}$ alla base di ciascuna colonna di ricircolo	Annuale	Manutentore Ufficio Tecnico
IDRICO Acqua calda e fredda	Intera rete		Campionamenti ambientali per la ricerca del batterio (*)	Secondo indicazioni della Direzione o nei casi previsti dalla normativa	Direzione
IMPIANTO DEL DENTISTA	Intera rete		Metodi di disinfezione definiti con il produttore dell'attrezzatura. Fuoriuscita di acqua a vuoto dagli strumenti per 5 minuti prima di cominciare l'attività e per 30 secondi tra un paziente e un altro.	Prima dell'utilizzo e tra un paziente e l'altro	Operatore che utilizza l'attrezzatura

(\*) La gestione di positività dei campioni ambientali prevede un intervento straordinario sull'impianto, definito in maniera specifica dall'Ufficio Tecnico in funzione del punto di positività e del livello di contaminazione.

<b>Impianto</b>	<b>Parte dell'impianto</b>	<b>Pt linee guida</b>	<b>Descrizione intervento LEGATO A SITUAZIONI PARTICOLARI</b>	<b>Situazione particolare</b>	<b>Incaricato</b>
IDRICO Acqua fredda	Serbatoio	5.5 B	A fronte di lavori che possono aver dato luogo a contaminazioni o a un ingresso di acqua non potabile ispezionare e, in caso di sporcizia, pulire e disinfettare	In caso di interventi sull'impianto	Manutentore Ufficio Tecnico
IDRICO Acqua calda	Scambiatori di calore	5.5 D	Disinfettare con cloro ad elevata concentrazione (cloro residuo libero pari a 50 mg/L per 1 ora o 20 mg/L per 2 ore) o con altri metodi di comprovata efficacia, dopo interventi sugli scambiatori di calore.	In caso di lavori sugli scambiatori di calore	Manutentore Ufficio Tecnico
IDRICO Acqua fredda	Intera rete	5.5 F	Accertarsi che le modifiche non abbiano creato rami morti o tubazioni con scarsità di fluido d'acqua o flusso intermittente. Quando si procede a una disinfezione accertarsi che siano trattati anche rami stagnanti o a ridotto utilizzo (tubazioni di spurgo o prelievo, valvole di sovrappressione e bypass).	In caso di lavori sugli impianti	Manutentore Ufficio Tecnico
IDRICO Acqua calda e fredda	Intera rete	5.5 G-H	Applicare un efficace programma di trattamento dell'acqua per prevenire la formazione di biofilm, l'incremento della carica microbica, la corrosione e le incrostazioni.	In caso di incremento della carica batterica o biofilm	Manutentore Ufficio Tecnico
IDRICO Acqua calda e fredda	Intera rete	5.5 M	Procedere con una pulizia completa ed alla disinfezione, facendo anche defluire a lungo l'acqua da tutte le erogazioni.	Prima di riapertura dopo prolungata chiusura della struttura	Manutentore Ufficio Tecnico
IDRICO Acqua calda e fredda	Serbatoi		I serbatoi di accumulo, quando installati, devono essere facilmente ispezionabili al loro interno e disporre, alla base, di un rubinetto, tramite il quale effettuare le operazioni di spurgo del sedimento. Un secondo rubinetto, necessario per prelevare campioni di acqua da sottoporre ad indagini analitiche, posto ad un'altezza non inferiore a 1/3 del serbatoio, deve essere installato sul serbatoio se quello di cui al punto precedente non dovesse risultare adatto allo scopo.	In caso di sostituzione di serbatoi	Manutentore Ufficio Tecnico

### SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

N. Scheda

Data

Ospedale Notificante \_\_\_\_\_

Cognome Nome del paziente \_\_\_\_\_

Data di nascita

Sesso M  F

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Data Insorgenza sintomi

Data Ricovero Ospedaliero

Data Dimissione

Esito: Miglioramento/Guarigione

Decesso  Non noto

#### Diagnosi clinica

segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico SI  NO

esame radiologico suggestivo di interessamento polmonare SI  NO

#### Diagnosi di laboratorio

Isolamento del germe SI  NO

Se si, specificare da quale materiale biologico \_\_\_\_\_

specie e siero gruppo identificati \_\_\_\_\_

Sierologia SI NO

1° siero: n. gg da inizio sintomi \_\_\_\_\_ titolo \_\_\_\_\_ specie e sg \_\_\_\_\_

2° siero: n. gg da inizio sintomi \_\_\_\_\_ titolo \_\_\_\_\_ specie e sg \_\_\_\_\_

Rilevazione antigene urinario Pos  Neg  Non eseguita  Data

Immunofluorescenza diretta Pos  Neg  Non eseguita  Data

Biologia molecolare (PCR) Pos  Neg  Non eseguita  Data

(metodo non ancora validato)

#### Fattori di rischio

Abitudine al fumo SI  NO  da quanto tempo \_\_\_\_\_ quantità

Abitudine all'alcool SI  NO  quantità \_\_\_\_\_

Malattie concomitanti SI  NO  Specificare \_\_\_\_\_

Trapianto d'organo SI  NO  Specificare \_\_\_\_\_

In terapia con corticosteroidi o immunosoppressori: SI  NO

#### Attività lavorativa

Mansione \_\_\_\_\_

Nome dell'azienda \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

con esposizione professionale ad acqua aerosolizzata SI  NO  NON NOTO

con utilizzo della doccia SI  NO  NON NOTO

in luoghi con presenza di torri di raffreddamento SI  NO  NON NOTO

Specificare il reparto e l'ultimo giorno di lavoro \_\_\_\_\_

Cure odontoiatriche nei 10 giorni precedenti l'esordio SI  NO

specificare ambulatorio/struttura e data \_\_\_\_\_

Ricovero Ospedaliero nei 10 giorni precedenti l'esordio SI  NO

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Periodo da  a

**Ricovero presso strutture sanitarie/socio-sanitarie** SI  NO

Tipo di struttura \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ periodo: da 

--	--	--

 a 

--	--	--

**Soggiorno nei 10 giorni precedenti all'esordio,  
in luoghi diversi dalla propria abitazione** SI  NO

Specificare tipo di struttura recettiva: (es. albergo, terme, campeggio, nave, parchi acquatici,  
fiere espositive, ecc..) \_\_\_\_\_

Nome e indirizzo \_\_\_\_\_ n. stanza \_\_\_\_\_

Eventuale nome operatore turistico \_\_\_\_\_

In gruppo  Individuale  periodo: da 

--	--	--

 a 

--	--	--

**Attività di giardinaggio, uso di autolavaggio, esposizione a nebulizzatori d'acqua, ecc.**

specificare sito \_\_\_\_\_ e data: \_\_\_\_\_

Trattamenti e cure inalatorie (anche presso stabilimenti termali), aerosol, ossigenoterapia  
SI  NO  NON NOTO

Nome e indirizzo \_\_\_\_\_

Uso di docce, vasche per idromassaggio presso impianti sportivi/stabilimenti balneari o frequentazione di centri  
benessere e piscine, nei 10 giorni precedenti l'esordio SI  NO

Specificare tipo di struttura \_\_\_\_\_

Indagine Ambientale a cura del Dipartimento di Prevenzione SI  NO

Se SI, specificare il luogo e il materiale analizzato \_\_\_\_\_

Se SI  Positiva  Negativa

Se Positiva specificare Specie e Sierogruppo \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Generalità e recapito del medico compilatore**

NomeCognome \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Data Compilazione 

--	--	--

# Allegato 11 - Questionario per l'indagine di focolai epidemici

Caso n° \_\_\_\_\_ Focolaio \_\_\_\_\_

Riferimento scheda di sorveglianza della legionellosi n° \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_

Data dell'intervista

## Informazioni personali

Nome e cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita:    Età: \_\_\_\_ Sesso: Maschio  Femmina

Residenza: via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Domicilio abituale: via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

## Persona che risponde al questionario

Caso  o moglie/marito  fratello/sorella  amico o altro parente

La persona vive con il paziente? Si  No

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

## Ospedalizzazione per legionellosi

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Medico ospedaliero \_\_\_\_\_

Medico di base \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Data di inizio

Ricovero    Data di dimissione

Esito Guarito  Ancora malato   
Deceduto  Data del decesso

## Specie/ Sierogruppo isolati

L. pneumophila sierogruppo 1  L. pneumophila, altri sierogruppi (specificare): \_\_\_\_\_

Altre specie (specificare): \_\_\_\_\_

Tipizzazione in corso

Commenti: \_\_\_\_\_

## Fattori di rischio

E' stato sottoposto a chemioterapia SI  No  Non so

Se si, data

Le sono stati somministrati dei corticosteroidi, per via sistemica, nelle 4 settimane precedenti l'inizio dei sintomi?

SI  No  Non so

E' stato sottoposto ad ossigenoterapia a domicilio nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

SI  No  Non so

Ha ricevuto trattamenti medici nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? (fisioterapia, visite odontoiatriche, cure termali, ecc.)

SI  No  Non so

Se si, dove e come? \_\_\_\_\_

Ha ricevuto trattamenti medici in regime di ricovero nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Se si, in quale ospedale? \_\_\_\_\_

In quale reparto? \_\_\_\_\_ stanza n° \_\_\_\_ dal    al

Fuma? Si  No  Non so

Beve alcolici? Si  No  Non so

### Esposizione professionale

Professione : \_\_\_\_\_

Ha lavorato nei 10 giorni precedenti l'inizio della malattia : Si  No

Luogo di lavoro : \_\_\_\_\_

Percorso casa-lavoro : \_\_\_\_\_

Mezzo di trasporto: a piedi  automobile  bicicletta  bus  treno

C'erano lavori in corso vicino al suo posto di lavoro? Si  No  Non so

Se si, di che tipo (costruzione o scavi) : \_\_\_\_\_

A quale distanza circa dal luogo di lavoro : \_\_\_\_\_

Dove pranza di solito : \_\_\_\_\_

Il suo lavoro è: in un solo posto  comporta viaggi

Ha fatto una doccia nel luogo di lavoro nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi:

Si  No  Non ricordo

Se si, quante volte? \_\_\_\_\_

Nel luogo dove lavora c'è l'aria condizionata Si  No  Non so

Se si, c'è una torre di raffreddamento Si  No  Non so

C'è una torre di raffreddamento vicino al suo posto di lavoro:

Si  No  Se si, dove : \_\_\_\_\_

### Abitazione

Vive in:

Casa indipendente  Condominio  Altro \_\_\_\_\_

Se vive in un condominio, la produzione di acqua calda nel suo appartamento è

Autonoma  Condominiale  Non so

Tipo di caldaia

Ad accumulo  Boiler  Istantanea  Non so

L'acqua potabile è:

Municipale  Individuale (pozzo, sorgente...)

Se individuale: approvvigionamento da:

pozzo  sorgente  Misto  Non so

Ha fatto :

Bagno  Quante volte : \_\_\_\_\_

Doccia  Quante volte : \_\_\_\_\_

Si è lavato nel lavandino  Quante volte : \_\_\_\_\_

Bagno con idromassaggio Si  No

Se si, dove \_\_\_\_\_ quando \_\_\_\_\_

Utilizza un umidificatore domestico Si  No

Se si, di che tipo

Vapore caldo  Vapore freddo  Ultrasuoni  Sistema centralizzato

Ha un impianto di aria condizionata: Si  No

Se si, era in funzione nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi sono stati effettuati lavori idraulici a casa sua (scaldabagno, ventilazione, aria condizionata) ?

Si  No  Non ricordo

Ci sono state interruzioni nella fornitura d'acqua nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Ci sono lavori in corso vicino a casa sua?

Si  No  Non so

Se si \_\_\_\_\_ di che tipo (costruzione o scavi) \_\_\_\_\_  
A quale distanza approssimativamente \_\_\_\_\_

La sua casa è situata vicino a una fabbrica che emette pennacchi di fumo ?

Si  No  Non so

Se sì, che fabbrica è: \_\_\_\_\_

Ci sono torri di raffreddamento vicino a casa sua:

Si  No  Non so

Se sì, dove : \_\_\_\_\_

Commenti : \_\_\_\_\_

### **Abitudini sociali**

Luoghi frequentati nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi:

	Si	No	Non ricordo	Indirizzo e data
Teatro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fontane, getti d'acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parchi acquatici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cinema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ristoranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Negozi, supermercati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Palestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Centro anziani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Commenti: \_\_\_\_\_

Ha l'abitudine di passeggiare/camminare? Si  No

Qual'è il suo percorso abituale? \_\_\_\_\_

Ha fatto lavori di giardinaggio o di scavo nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Ha innaffiato il giardino Si  No  Non ricordo

Ha utilizzato acqua sotto pressione Si  No  Non ricordo

Dove ha fatto la spesa nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? \_\_\_\_\_

Ci sono altre attività sociali o giornaliere a cui ha partecipato nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

### **Viaggi, luogo di residenza**

Ha effettuato qualche viaggio nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Se sì, dove, con chi e in quale data: \_\_\_\_\_

Ha soggiornato in albergo/campeggio nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Se sì, indicare il nome della struttura e la data di soggiorno : \_\_\_\_\_

Ha soggiornato a casa di qualcuno nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

Si  No  Non ricordo

Se sì, dove e quando : \_\_\_\_\_

Altri commenti: \_\_\_\_\_





Servizio / struttura:	
Anno di riferimento registro:	
Punto da fluxsare:	FONDO DEL BOLLITORE

Le linee guida in tema di prevenzione della legionella evidenziano la necessità di svuotamento del fondo del bollitore.

E' pertanto necessario effettuare mensilmente l'apertura dello scarico del bollitore, effettuando lo svuotamento per circa 30 secondi.

Registrare nella tabella sottostante, indicando per ciascun mese la data in cui si è effettuato il flussaggio e la sigla dell'operatore che lo ha effettuato.

<u>MESE</u>	<u>DATA DEL FLUSSAGGIO</u>	<u>FIRMA ESECUTORE</u>
GENNAIO		
FEBBRAIO		
MARZO		
APRILE		
MAGGIO		
GIUGNO		
LUGLIO		
AGOSTO		
SETTEMBRE		
OTTOBRE		
NOVEMBRE		
DICEMBRE		

<b>ANNO</b>	
-------------	--

<b>SERVIZIO</b>	
-----------------	--

<b>IMPIANTO</b>	IMPIANTO DI DOSAGGIO DI PEROSSIDO DI IDROGENO
-----------------	---

Il presente registro è da considerarsi dettaglio del seguente documento:

- Registro per le attività ordinarie previste dal piano di controllo (pagine 2 e 3 seguenti)

Firma Responsabile di Servizio

\_\_\_\_\_

**REGISTRO ATTIVITA' ORDINARIE**

Impianto	Parte impianto	Punto Linee Guida	Descrizione intervento ORDINARIO	Freq. prevista	Attività da eseguire e Note	Mese (indicare nei riquadri sottostanti la data di esecuzione dell'attività e apporre la propria sigla)													
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Idrico Acqua calda	Impianto di dosaggio	5.5 G/H	Verifica della presenza di adeguate quantità di prodotto a disposizione  In caso contrario richiedere reintegro al fornitore.	Ogni mese	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO														
Idrico Acqua calda	Impianto di dosaggio	5.5 G/H	Verifica a campione della presenza del prodotto alle utenze (tramite stick).  In caso contrario richiedere intervento a fornitore.	Ogni mese	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO														
Idrico Acqua calda	Impianto di dosaggio	5.5 G/H	Supervisione del manutentore dell'impianto di perossido di idrogeno, verifica consumi, taratura impianto, ecc...	Ogni 6 mesi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO														

Eventuali ulteriori annotazioni in merito agli interventi effettuati

Data	Ulteriori note

## **PERCHE' EFFETTUARE LA PULIZIA DEI ROMPIGETTO E DELLE DOCCETTE**

L'attività di pulizia, disinfezione e disincrostazione degli elementi presenti nei punti erogazione dell'acqua rappresenta una delle azioni preventive necessarie, previste dalla normativa, per minimizzare il rischio di proliferazione della legionella all'interno degli impianti.

Il batterio tende infatti ad annidarsi nel biofilm e nelle porosità del calcare e pertanto la presenza di queste condizioni rappresenta un elemento ideale per la proliferazione della legionella.

E' quindi fondamentale che ciascun servizio effettui con la corretta periodicità adeguati interventi finalizzati alla disinfezione e disincrostazione dei bulbi e dei diffusori delle docce e dei rompigitto dei rubinetti, seguendo quanto riportato in questa istruzione operativa.

## **PERIODICITA' NELLA PULIZIA DEI ROMPIGETTO E DELLE DOCCETTE**

Relativamente alla periodicità della pulizia dei terminali (rompigitto, doccette, doccini, ...) è necessario osservare le disposizioni contenute all'interno dello specifico piano di controllo a disposizione della struttura.

In situazioni ordinarie tale attività deve essere svolta con cadenze almeno trimestrali.

Laddove le condizioni di queste parti risultassero fortemente compromesse è opportuno prevederne la sostituzione con nuovi elementi.

Nell'acquisto dei nuovi elementi è preferibile dotarsi di quelli aperti (ad esempio a stella o croce) rispetto a quelli a reticella e agli aeratori/riduttori di flusso.

## **COME EFFETTUARE LA DISINCROSTAZIONE E DISINFEZIONE DEI TERMINALI**

Per la disincrostazione e disinfezione di rompigitto, doccette e doccini è necessario procedere con il loro smontaggio: a seconda delle tipologie di rompigitto presenti può essere sufficiente svitarli dalla loro sede oppure può essere necessario utilizzare una chiave inglese o a pappagallo.

### DISINCROSTAZIONE

Dopo averli smontati, i vari componenti devono essere lasciati in immersione in un prodotto anticalcare per 4 ore.

Dopo questa fase è necessario verificare le condizioni degli elementi: nel caso siano ancora incrostati si dovrà provvedere alla loro sostituzione, in caso contrario prima di riposizionarli devono essere adeguatamente sciacquati con acqua corrente e disinfettati come da procedura seguente.

### DISINFEZIONE

La disinfezione viene effettuata immergendo i vari componenti in una soluzione di acqua e cloro, ottenibile con prodotti di facile reperimento, quali amuchina (1 litro di acqua e 10 ml di amuchina) o candeggina (1 litro di acqua e 5 ml di candeggina).

RISCHI PER LA SALU

FATTORI DI RISCHIO	NOTE	VALUTAZIONE DEL RISCHIO				MISURE PREVENTIVE E PROTETTIVE PREVISTE Misure generali nella gestione degli ambienti di lavoro interni	PRINCIPALI AREE INTERESSATE
		P	D	R	IR		
<b>AGENTI BIOLOGICI</b> Per trasmissione aerea all'interno dei locali del servizio di patologie (sia legate all'attività svolta che per emergenze territoriali/generalizzate)		Analisi specifica <b>RISCHIO BIOLOGICO</b>  Classificazione livello di rischio struttura per TBC: <b>CLASSE B</b>				Adeguata possibilità di ricambio aria ambienti interni Manutenzione impianto di condizionamento Pulizia e igienizzazione degli ambienti e delle superfici Adozione di appropriate misure organizzative e di protezione legate alla specificità della patologia Riferimenti nel documento specifico riguardante la valutazione del rischio biologico Protocolli e istruzioni operative del Sistema Qualità inerenti la prevenzione del rischio Isolamento del paziente avente malattie a trasmissione aerea Segnalazione, mediante specifica cartellonistica sulla porta della stanza, della presenza di un soggetto avente malattie a trasmissione aerea e dei DPI necessari per accedere Accesso alla camera di degenza del paziente avente malattie a trasmissione aerea con appositi DPI Limitazione degli spostamenti interni alla struttura del paziente avente malattie a trasmissione aerea Applicazione delle specifiche misure preventive segnalate dai curanti in presenza di soggetti sottoposti a radioterapia (mantenimento distanze, modalità smaltimento rifiuti,...) Trasferimento del paziente in struttura sanitaria Evitare situazioni di uso promiscuo dei locali della struttura tali da generare incrementi dell'esposizione al rischio Minimizzazione del numero degli esposti attraverso un'opportuna organizzazione del lavoro e degli spazi interni del servizio In caso di emergenze territoriali/generalizzate dovranno essere adottate le misure definite dal servizio di igiene pubblica	Aree comuni Camere ospiti Bagni Infermeria
<b>AGENTI CHIMICI</b> Uso/Presenza di sostanze e preparati pericolosi per la salute o rischio per contatti accidentali		1	2	2	<b>B</b>	Armadi idonei Schede di sicurezza presenti in loco e accessibili ai lavoratori Presenza di vasche di contenimento/materiale di raccolta Stoccaggio solo dei materiali effettivamente in uso Adeguata organizzazione dello stoccaggio nei locali appositamente individuati Limitata accessibilità al locale in cui sono stoccati i prodotti Presenza di vasche di contenimento/materiale di raccolta Divieto di introduzione nel servizio di prodotti chimici differenti da quelli previsti dalla programmazione Piani di emergenza Riconoscibilità dei prodotti per mezzo della segnaletica sui recipienti e imballi delle sostanze Eliminazione dei prodotti privi di etichettatura o non riconoscibili Ordine e pulizia Controlli periodici a carico di dirigenti e preposti mediante piani predefiniti	Magazzini Cucina Lavanderia
<b>LEGIONELLA</b> Per potenziale presenza del batterio all'interno dell'impianto idrico e di condizionamento		Analisi specifica <b>RISCHIO LEGIONELLA</b>				Attività di manutenzione ordinaria dell'impianto idrico secondo piano di controllo Manutenzione impianto di condizionamento Intervento straordinario di bonifica in presenza di caso o di contaminazione dell'impianto Istruzione operativa per flussaggio acqua Istruzione operativa per pulizia rompigitto Istruzione operativa "IO18 - Prevenzione legionella" Eventuale campionamento ambientale	Bagni Locali climatizzati