DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA ELABORAZIONE DEL PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) ANNO 2025

adottato da

VILLA ARIANNA HOSPITAL SRL

MATRICE DELLE REVISIONI

REV	DATA	MOTIVAZIONE	REDAZIONE		VERIFICA		APPROVAZIONE	
0	01/01/2025	Prima Stesura	RISK MANAGER	Dott. Luigi Leopaldi	MEDICO RESPONSABILE	Dott. Luigi Leopaldi	Amministrazione e Qualità RSQA	Antonio Ciccarelli

I N D I C E

1. **CONTESTO ORGANIZZATIVO**
2. **RELAZIONE CONSUNTIVA INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**
3. **DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA**
4. **RESOCONTO DELLE ATTIVITA' DEL PIANO PRECEDENTE**
5. **RESPONSABILITÁ**
6. **OBIETTIVI E ATTIVITÁ**
   - 6.1 **OBIETTIVI PER LA GESTIONE RISCHIO INFETTIVO**
7. **MODALITÁ DI DIFFUSIONE DEL PARS**
8. **ELENCO DELLE PROCEDURE**
9. **RIFERIMENTI NORMATIVI**
10. **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Villa Arianna Hospital Srl ha il compito di erogare assistenza e prestazioni medico-sanitarie-sociali per cittadini che, per limitazioni permanenti o temporanee della propria autonomia, non sono in grado di accedere alle strutture ospedaliere o ambulatoriali, secondo valutazione della ASL di residenza.

L'attività è improntata ai seguenti principi: massima professionalità deontologica, rispetto dei diritti del Paziente, centralità dell'Ospite, formazione ed aggiornamento del personale, assicurando contemporaneamente la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni rese.

Situata a Scisciano (Na) Via Camaldoli n 3/5 offre servizi residenziali / hospice

La Villa Arianna Hospital Srl è strutturata con 50 posti divisi n. 40 Servizi RSA e n 10 Hospice

Il "Comitato Infezioni Ospedaliere" è stato nominato dall'Amministratore Unico con determinazione del 10.10.2024 ed è così composto:

1. Medico Responsabile
2. Microbiologo
3. Caposala
4. RSQA
5. RSPP

Il CIO è responsabile dell'attuazione degli interventi disposti dal Comitato per il Controllo delle Infezioni Associate alla Cura costituito presso l'ASL di riferimento, i cui compiti sono di indirizzo, coordinamento, verifica e sorveglianza.

Compito specifico del CIO è quello di assicurare l'implementazione di protocolli assistenziali ed operativi per la prevenzione delle infezioni, per il corretto uso degli antibiotici, per la prevenzione delle antibiotico-resistenze, per il monitoraggio e l'analisi dei casi di infezione. Nello svolgimento delle sue attività il Comitato fa riferimento alle comunicazioni del Centro Regionale per il Rischio Clinico, nonché costituito presso l'Assessorato Regionale alla Sanità.

Il CIO si riunisce in via ordinaria almeno due volte l'anno per l'analisi dei dati riportati sulle schede di monitoraggio predisposte per l'attività di prevenzione e controllo delle ICA illustrate nei paragrafi seguenti ed in via straordinaria ogniqualvolta si renda necessario per argomenti specifici; alle riunioni partecipano in qualità di uditori l'Amministratore ed il consulente legale del Villa Arianna Hospital Srl; il contenuto delle riunioni viene formalizzato in apposto verbale.

Il CIO deve essere sempre presieduto e coordinato dal Medico Responsabile; soltanto nei casi di reale assenza può essere sostituito da altro medico formalmente delegato. La seduta è valida se sono presenti almeno due componenti oltre il Coordinatore.

VILLA ARIANNA HOSPITAL SRL			
DATI STRUTTURALI			
Item	***Numero***	***Item***	***Numero***
		Hospice	10
Posti letto Residenziali	50	**Mantenimento Alto/Medio**	40
DATI ATTIVITÀ AGGREGATI A LIVELLO AZIENDALE ANNO 2024			
Ospiti Residenziali entrati nel 2024	67	**Ospiti Hospice**	113
Giornate Ospitate	14418	**Giornate Ospitate**	3412

2. RELAZIONE CONSUNTIVA INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Eventi occorsi nel 2024 (ai sensi dell'art. 2, comma 5 della Legge n. 24/2017).

Nel 2024 non sono stati registrati eventi connessi ad infezioni correlate all'assistenza.
Nella tabella sottostante vengono riportati i sinistri relativi al rischio clinico degli ultimi 5 anni ed i relativi risarcimenti erogati rispetto agli stessi sinistri.

Nella tabella sottostante vengono riportati i sinistri relativi al rischio clinico degli ultimi 5 anni ed i relativi risarcimenti erogati rispetto agli stessi sinistri.

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati****
2020	0	0
2021	0	0
2022	0	0
2023	0	0
2024	1	0
Totale	1	0

**** Sinistri e risarcimenti relativi al rischio clinico, esclusi quelli riferiti a danni di altra natura (per esempio, smarrimento effetti personali, danni a cose, età).

3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Di seguito l'elenco delle polizze assicurative a copertura dei sinistri connessi al rischio clinico. Le polizze attivate hanno una franchigia che viene coperta dalla Rsa Longoni con propri fondi in regie di autoassicurazione.

Anno	Polizza (Scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2018	31/12	Generali	7.390	250,00	Palma Campania
2019	31/12	Generali	7.390	250,00	Palma Campania
2020	31/12	Generali	7.390	250,00	Palma Campania
2021	31/12	Generali	7.390	250,00	Palma Campania
2022	31/12	Generali	7.390	250,00	Palma Campania
2023	31/12	Generali	7.390	250,00	Palma Campania
2024	31/12	Generali	7.390	250,00	Palma Campania

4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

In questa sezione viene presentata una relazione sintetica sulle attività previste nel piano dell'anno precedente, sulla loro realizzazione o sulle criticità che non hanno consentito il raggiungimento di tutti gli obiettivi previsti.

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
1. Realizzazione di incontri con i Medici di Libera scelta di Base e i Medici della Struttura	**SI**	Nell'ambito del programma periodico, sono stati realizzati incontri con i medici finalizzati ad una continua sensibilizzazione verso la sicurezza delle cure

OBIETTIVO B: PREVENZIONE E MONITORAGGIO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA		
Attività	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
2. Strumenti di controllo per la prevenzione degli eventi	**SI**	Revisione e miglioramento delle procedure nella fase di Ospitalità attraverso check-list di controllo in grado di bilanciare l'efficacia con la praticità d'uso

Riepilogo esami colturali eseguiti nel 2024

Totali degenti : Media Presenza 98,83% Ospiti

Totali esami eseguiti : 72 (5 Colture Urine – 33 Tamponi Naso-Faringeo.- 34 Colturale Feci)

Tamponi risultati Positivi: 1 Tampone Naso-Faringeo 3 Urinocoltura 1 Tampone Rettale

Tipologia microbica coltura:

Klebsiella pneumonie	2	Effettuata Terapia – Non più sintomatico
E. coli	1	Effettuata Terapia – Non più sintomatico
Proteus Mirabilis	1	Effettuata Terapia – Non più sintomatico
Staffilococco . Aur.	1	Effettuata Terapia – Non più sintomatico
Clostridium Difficile	1	Effettuata Terapia – Non più sintomatico

OBIETTIVO C: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DELL'OPERATORE E DELLE STRUTTURE.		
Attività	**Realizzata**	**Stato di Attuazione**
3. Unificazione di vari gruppi di lavoro che incidono in modo diretto o indiretto nelle attività sanitaria	**SI**	Al fine di godere di una visione completa ed unitaria del tema sulla sicurezza ed allargare tale visione agli operatori ed alle strutture organizzative, nel gruppo di lavoro del Risk Management è stata integrata la funzione "Internal Audit e Compliance" che fa capo ai vari istituti di assicurazione della compliance aziendale, con particolare riferimento a: • Sistema Qualità • Privacy • Modello Organizzativo • Sicurezza nei luoghi di lavoro

5. RESPONSABILITÁ

La realizzazione del PARS riconosce almeno due specifiche responsabilità:

a. Quella del Risk Manager che lo redige e ne monitorizza l'implementazione;

b. Quella della Direzione Aziendale che si impegna ad adottarlo con Deliberazione e a fornire al Risk Manager e all'organizzazione aziendale le risorse e le opportune direttive (ad esempio la definizione di specifici obiettivi di budget), per la concreta realizzazione delle attività in esso previste.

In questa sezione sono elencate le responsabilità relative alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

La tabella seguente riporta sinteticamente le responsabilità per la corretta attuazione del presente piano, le cui attività sono dettagliate nei paragrafi successivi.

Funzioni	*Responsabilità*
Amministratore Unico	▪ Approvazione del piano annuale di prevenzione e controllo delle infezioni
Risk Manager	▪ Coordinamento e monitoraggio attività legate al rischio clinico, con particolare riguardo alla segnalazione di sinistri e infezioni ospedaliere.
Medico Responsabile	▪ Coordina e monitora attività assistenziali e igieniche; applica tutte le attività di prevenzione del rischio in ottemperanza al D.Lgs81/08
Medico MBLS	▪ Medico di Base
Strutture Amministrative e Tecniche di supporto	▪ Coordinamento Socio Sanitario

La matrice riassume le Responsabilità in relazione alle fasi di redazione, adozione e monitoraggio del PARS.

Legenda: R = Responsabile C = Coinvolto I = Interessato

La colonna Direttore sanitario possiamo eliminarla se coincide con il presidente CIO.

Matrice delle Responsabilità

Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Strutture Amministrative e Tecniche di supporto
Redazione PARS (eccetto punti 2 – 3 – 6.1)	**R**	**C**	**C**	**R**	
Redazione PARS (punti 2 – 3)	**C**	**C**	**C**	**R**	
Redazione PARS (punti 6.1)	**C**	**C**	**C**	**R**	
Adozione delibera PARS	**R**	**R**	**C**	**I**	
Monitoraggio PARS (eccetto punto 6.1)	**R**	**I**	**R**	**R**	**I**
Monitoraggio PARS (punto 6.1)	**R**	**I**	**C**	**R**	**C**

6. OBIETTIVI E ATTIVITÁ

In questa sezione sono elencati gli obiettivi che si intendono perseguire, anche in continuità con i Piani degli anni precedenti.

Di seguito vengono elencati quattro obiettivi strategici su cui la Struttura è chiamata a declinare le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

Si precisa che le attività possono essere distribuite su uno solo, o su più obiettivi, sulla base delle specifiche esigenze aziendali.

I quattro obiettivi strategici sono i seguenti:

a. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
b. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
c. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo dell'Ospite, ma anche degli operatori e della struttura.
d. Partecipare alle attività regionali. Con questo obiettivo si intende aderire alla possibilità offerta dalla Regione Campania attraverso la partecipazione attiva a gruppi di lavoro e ad altre attività a valenza regionale, di valorizzare tali attività purché, ovviamente, sia possibile darne evidenza documentale.

La Struttura, una volta rispettato il vincolo delle quattro attività distribuite fra gli obiettivi sopraelencati, ha la facoltà di definire altri obiettivi e attività sulla base delle specifiche esigenze.

Tali obiettivi saranno perseguiti mediante l'attuazione delle misure di prevenzione e di controllo basate sulle seguenti attività:

a) Analisi dei processi ed individuazione dei rischi
b) Definizione ed applicazione di protocolli, procedure ed istruzioni operative
c) Rilevazione ed analisi dei casi di infezione
d) Conduzione di studi di prevalenza
e) Prevenzione delle resistenze microbiche
f) Formazione del personale
g) Educazione del paziente e dei familiari
h) Audit interni

Fra attività e obiettivi è stata mantenuta una assoluta coerenza. Le Linee Guida regionali esplicitano i seguenti esempi:

L'obiettivo a)

Diffondere la cultura della sicurezza delle cure potrà essere declinato in una serie di attività che vanno dalla organizzazione di corsi di formazione, all'introduzione di strumenti di risk analysis negli obiettivi di budget dei reparti, all'utilizzo dell'intranet aziendale per la diffusione di dati e report sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate (ad esempio sul corretto utilizzo della checklist di sala operatoria).

L'obiettivo b)

"Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa...", invece, può articolarsi nella progettazione e implementazione di attività legate all'utilizzo degli strumenti di risk assessment (come l'Incident Reporting, il Safety WalkRound o l'analisi delle cartelle cliniche); la fase di risk analysis, attraverso l'utilizzo degli audit di rischio clinico; o, ancora, l'elaborazione di procedure aziendali volta al recepimento di documenti nazionali o internazionali.

In quest'ambito potrebbero rientrare anche attività di monitoraggio e valutazione della qualità percepita da parte degli utenti delle strutture o quelle di promozione della umanizzazione delle cure.

Per ogni attività è stato definito un indicatore misurabile e per ogni indicatore lo standard che ci si prefigge di raggiungere.
Su indicazione delle Linee Guida regionali, si è scelto di indicare standard realistici e realizzabili nei tempi previsti per la specifica attività.

In relazione alla sua complessità, ogni attività è scomposta in una o più azioni elementari che andranno declinate in una matrice delle responsabilità specifica.

Le attività che prevedono un impegno pluriennale, se presenti, vengono declinate e sviluppate per singolo anno.

Le attività previste per l'anno 2025 sono rappresentate come previsto dalle Linee Guida Regionali. Si è verificato una richiesta di risarcimento per un Ospite presente nel 2019 pertanto, ritenendo che ciò possa essere anche frutto della 'politica' di risk management seguita, si è scelto di reiterare gli stessi obiettivi del 2024, sebbene attraverso un livello di approfondimento maggiore.

OBIETTIVO A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

OBIETTIVO	A: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
Attività	1. Realizzazione di incontri con i Medici di Base e Medici della Struttura
Indicatore	entro il 31/12/2025
Standard	SI
Fonte	Risk Manager

Matrice delle Responsabilità					
Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Servizi Interni
Organizzazione Evento	R	C	C	C	C
Realizzazione	R	I	C	C	I
Documentazione	R	I	I	C	

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

OBIETTIVO B: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DELL'OPERATORE E DELLE STRUTTURE

OBIETTIVO	B: FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DELL'OSPITE MA ANCHE DELL'OPERATORE E DELLE STRUTTURE.
Attività	1. Unificazione di vari gruppi di lavoro che incidono in modo diretto o indiretto nelle attività Sanitaria
Indicatore	entro il 31/03/2025
Standard	SI
Fonte	Risk Manager

Matrice delle Responsabilità					
Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Servizi Interni
Organizzazione	R	C	C	R	I
Realizzazione	R	C	I	R	I
Documentazione	R	I	I	C	

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

OBIETTIVO C: PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' REGIONALI ICA

OBIETTIVO	C: PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' REGIONALI ICA
Attività	1. Partecipazione ad attività e gruppi di lavoro promossi dalla Regione Campania ed aperte alle Residenze Sanitarie Assistenziali private/accreditate
Indicatore	entro il 31/12/2025
Standard	SI
Fonte	Risk Manager

Matrice delle Responsabilità					
Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Servizi Interni
Organizzazione	R	C	R	C	C
Realizzazione	C	I	R	C	C
Documentazione	I	I	C	C	R

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

OBIETTIVO D: COINVOLGIMENTO E SENSIBILIZZAZIONE

OBIETTIVO	D: PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' REGIONALI ICA
Attività	2. Organizzazione e/o adesione ad iniziative istituzionali sulla prevenzione della diffusione delle Infezioni
Indicatore	entro il 31/12/2025
Standard	SI
Fonte	Risk Manager

Matrice delle Responsabilità					
Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Servizi Interni
Organizzazione	R	C	C	R	C
Realizzazione	C	I	R	R	C
Documentazione	I	I	C	C	R

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

6.1 OBIETTIVI PER LA GESTIONE RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVO A: PREVENZIONE E MONITORAGGIO ICA

OBIETTIVO	A: PREVENZIONE E MONITORAGGIO ICA
Attività	1. Strumenti di controllo per la prevenzione degli eventi
Indicatore	entro il 31/12/2025
Standard	SI
Fonte	Risk Manager

Matrice delle Responsabilità					
Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Servizi Interni
Organizzazione Evento	R	C	C	C	C
Realizzazione	R	I	C	C	I
Documentazione	I	I	I	C	R

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

OBIETTIVO	A: PREVENZIONE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA
Attività	2. Strumenti di identificazione del paziente e procedure sicure per evitare errori di prestazioni
Indicatore	entro il 31/12/2025
Standard	SI
Fonte	Risk Manager

Matrice delle Responsabilità					
Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Servizi Interni
Organizzazione Evento	R	C	C	R	C
Realizzazione	R	I	C	R	I
Documentazione	I	I	I	C	R

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

OBIETTIVO	A: PREVENZIONE E MONITORAGGIO ICA
Attività	3. Monitoraggio della compilazione della check list-Controllo Alimentare
Indicatore	Numero CC controllate su totale CC e Chek-List
Standard	SI
Fonte	Risk Manager

Matrice delle Responsabilità					
Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Servizi Interni
Organizzazione	R	C	R	R	C
Realizzazione	C	I	R	R	I
Documentazione	I	C	R	C	C

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

OBIETTIVO	A: PREVENZIONE E MONITORAGGIO ICA
Attività	4. Implementare Sorveglianza Colturale Attiva.
Indicatore	Numero CC controllate su totale CC
Standard	80%
Fonte	Risk Manager

Matrice delle Responsabilità					
Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Servizi Interni
Organizzazione	R	C	R	R	C
Realizzazione	C	I	R	R	I
Documentazione	I	C	R	C	C

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

OBIETTIVO	A: PREVENZIONE E MONITORAGGIO ICA
Attività	5.Diffusione Educazione Sanitaria (estesa anche ai familiari) 6. >Implementazione e Monitoraggio del Piano di intervento Igiene delle Mani
Indicatore	Entro il 31/12/2025
Standard	80%
Fonte	Risk Manager

Matrice delle Responsabilità					
Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Servizi Interni
Organizzazione	R	C	R	R	C
Realizzazione	C	I	R	R	I
Documentazione	I	C	R	C	C

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

OBIETTIVO	A: PREVENZIONE E MONITORAGGIO ICA
Attività	5. Monitoraggio della compilazione foglio di somministrazione terapeutica mediante controlli cartelle cliniche.
Indicatore	Numero CC controllate su totale CC
Standard	90%
Fonte	Risk Manager

Matrice delle Responsabilità					
Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Servizi Interni
Organizzazione	R	C	R	R	R
Realizzazione	C	I	R	R	I
Documentazione	I	C	R	C	C

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

OBIETTIVO	A: PREVENZIONE E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA
Attività	6. Monitoraggio casi di infezioni verificatesi in area ospedaliera.
Indicatore	Entro 31/12/2025
Standard	SI
Fonte	Risk Manager

Matrice delle Responsabilità					
Azione	Risk Manager	Amministratore Unico	Medico Responsabile	Medico MBLS	Servizi Interni
Organizzazione	R	C	R	R	C
Realizzazione	C	I	R	R	I
Documentazione	I	C	R	C	C

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

7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PARS

In questa sezione sono elencate le modalità con cui il documento verrà diffuso a livello aziendale.

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS 2025 la Direzione assicura la sua diffusione attraverso:

a) Pubblicazione sul portale aziendale (nella sezione Risk Management);
b) Invio via mail ai responsabili interni di funzione.

8. ELENCO DELLE PROCEDURE

Si rinvia al manuale di accreditamento in cui sono contenute le procedure aggiornate inerenti il rischio clinico.
In via sintetica, si riportano le indicazioni generali dei documenti inerenti la gestione del rischio clinico:

- Manuale della qualità;
- Documento attuativo privacy;
- Documento di valutazione del rischio;
- Documento di gestione risk management;
- Procedure operative.

9. RIFERIMENTI NORMATIVI

Di seguito sono elencati i riferimenti alla normativa regionale e nazionale, nonché quelli scientifici, inerenti la gestione del rischio clinico.

- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";
- D.P.R. 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
- Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Circolare Ministeriale n.52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
- Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
- Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
- Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante "Approvazione del documento recante: 'Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)'";

- Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)";
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
- Istituzione del Centro regionale rischio clinico - Determina n. G16829 del 28/11/2017
- Revisione delle Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)-Anno 2018
- Documento di indirizzo per la Prevenzione e la Gestione delle Lesioni da Pressione (LdP) – Anno 2018

10. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003

2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live"

3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997

4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997

5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770

6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazion e

7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza

8. "Piano Regionale Prevenzione dell'ICA"

9.Centro Regionale Rischi clinico Regione "Piano di intervento Regionale sull'igiene delle mani.

LAVAGGIO E DISINFEZIONE CHIRURGICA DELLE MANI

OBIETTIVI: CONSENTIRE LA MASSIMA RIDUZIONE DELLA FLORA TRANSITORIA ED UN BUON ABBATTIMENTO DELLA FLORA RESIDENTE, CERCANDO DI INIBIRNE A LUNGO LO SVILUPPO:

La scelta dei prodotti per l'igiene delle mani e il tipo di decontaminazione dipende dalle circostanze.

Esistono tre tipi di lavaggio delle mani:

1. **lavaggio sociale (40-60 secondi);**
2. **lavaggio antisettico (90 secondi circa);**
3. **lavaggio chirurgico (5 minuti circa).**

Il **lavaggio sociale** delle mani include lavaggio con acqua e sapone quando visibilmente sporche, prima di mangiare o dopo aver utilizzato il bagno, e frizionamento con soluzione idroalcolica. L'utilizzo di disinfettanti per le mani a base di alcol rappresenta il metodo più pratico per pulire le mani durante l'assistenza sanitaria, oltre che più efficace per ridurre il numero di patogeni sulle mani degli operatori. Fanno eccezione le spore di *Clostridium difficile* perché sono meno sensibili al gel idroalcolico e per cui resta indicato il lavaggio con acqua e sapone. Possono anche essere usate delle salviette igienizzanti quando i pazienti sono allettati o non in grado di lavarsi le mani al lavandino.

Il **lavaggio antisettico** è indicato nelle aree ad alto rischio prima di qualsiasi procedura invasiva, dopo il contatto con ferite o materiale biologico infetto, prima di assistere pazienti particolarmente suscettibili alle infezioni, dopo aver assistito pazienti infetti.

Il **lavaggio chirurgico** delle mani si esegue con sapone antisettico ed è necessario prima di un intervento chirurgico invasivo. Serve per eliminare la flora transitoria, ridurre quella residente e inibire la crescita dei batteri sotto i guanti. L'uso dei guanti sterili non sostituisce il lavaggio chirurgico delle mani che serve a ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi cutanei in caso di perforazione o danneggiamento dei guanti.

4. I guanti non sostituiscono l'igiene delle mani

Anche al di fuori del contesto chirurgico si tende erroneamente a pensare che l'uso dei guanti sostituisca il lavaggio delle mani. Questi vanno indossati come precauzioni standard quando si può ragionevolmente prevedere che potrebbe verificarsi un contatto con sangue o altro materiale potenzialmente infetto. L'igiene delle mani deve essere eseguita sempre prima di indossare i guanti e dopo averli rimossi. Inoltre, i guanti devono essere cambiati se si danneggiano, si contaminano, si sporcano o se si passa da un'area corporea sporca a una pulita.

5. Cura delle mani

I lavaggi frequenti e/o l'igienizzazione delle mani possono provocare irritazione della cute o reazioni allergiche. Per questo tutte le strutture sanitarie dovrebbero fornire prodotti che siano efficaci, ma anche sicuri per la pelle. Inoltre, anche gli operatori possono attuare strategie per ridurre al minimo il rischio di dermatiti: non lavare le mani dopo aver usato un prodotto a base di alcol, non indossare i guanti se le mani non sono completamente asciutte, usare prodotti idratanti o umettanti.
Per quanto riguarda la cura delle unghie, numerosi studi hanno confermato che l'uso di unghie artificiali può contribuire alla trasmissione di alcuni patogeni, anche quando l'igiene delle mani è svolta in modo adeguato. Inoltre le unghie lunghe e appuntite, naturali o artificiali, oltre a favorire il prosperare di batteri, possono perforare facilmente i guanti e limitare le prestazioni degli operatori sanitari.

6. Igiene delle mani e COVID-19

Oggi ci troviamo ad affrontare un'importante sfida per la prevenzione e controllo del virus SARS-CoV-2: le prove attuali indicano che il virus si trasmette principalmente attraverso le goccioline respiratorie, ma si ipotizza che il contagio, seppur raramente, possa avvenire anche attraverso il contatto di mani contaminate con la mucosa della bocca, del naso o degli occhi. Di conseguenza, l'igiene delle mani è estremamente importante per prevenire la diffusione dell'infezione da questo virus. Anche se la consapevolezza dell'importanza dell'igiene delle mani è alta, l'accettabilità e l'aderenza a questa pratica non è ancora ottimale, sia in comunità che nelle strutture sanitarie.