

PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2025

**Documento
del
28.02.2025**

Contenuti:

A1.	CONTESTO ORGANIZZATIVO	1
A2.	RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI	2
A3.	DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA	2
A4.	RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE	3
A5.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	4
A6.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ	5
A7.	OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO	6
A8.	MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	7
A9.	BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	7

A1 Contesto organizzativo

ISTITUTO CLINICO CASALPALOCCO - GVM ROMA			
DATI STRUTTURALI			
<i>POSTI LETTO AUTORIZZATI: 92</i>		<i>POSTI LETTO ACCREDITATI: 76</i>	
Posti letto ordinari	76	Medicina	56
		Chirurgia	20
Posti letto diurni	0	Servizi Trasfusionali	1 (esterno in convenzione con Ospedale Grassi di Ostia)
Terapia Intensiva	8	Sale Operatorie	4
Blocchi Operatori	1	Sala Angiografica	1
DATI DI ATTIVITÀ^(A)			
Ricoveri ordinari	1369	Ricoveri diurni	0
Branche specialistiche	3	Prestazioni ambulatoriali erogate	38523

(A):

INIZIO ATTIVITA' IL 1/07/2024

Fonte del dato: Direzione Sanitaria

	PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2025	Documento del 28.02.2025
--	---	---

A2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Strutturali (15%) Tecnologici (0%) Organizzativi (15%) Procedure/ Comunicazione (70%)	Strutturali (20%) Tecnologici (15%) Organizzativi (25%) Procedure/ Comunicazione (40%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	3 CADUTE DAL LETTO			
Eventi Sentinella	0			

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

Anno	N. Sinistri aperti(A)	Risarcimenti erogati(A)
Totale	3	0

(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.)

A3 Descrizione della posizione assicurativa

ICC si avvale della polizza assicurativa SHAM (Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles), società del Gruppo Relyens.

	PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2025	Documento del 28.02.2025
--	---	---

A4 Resoconto delle attività del piano precedente

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “corso base di Gestione del Rischio Clinico”	SI	Programma formativo di gruppo (GVM Campus) 2024 del personale sanitario.

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 2 – Organizzazione di un corso interno sulla corretta gestione della documentazione sanitaria.	SI	Programma formativo di gruppo (GVM Campus) 2024 del personale sanitario.

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 3 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un corso per mantenere elevato il numero di operatori formati sulla prevenzione del rischio infettivo nella struttura.	SI	Programma formativo di gruppo (GVM Campus) 2024 del personale sanitario.

	PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2025	Documento del 28.02.2025
--	---	--

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 4 – Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specific Piano di Azione locale.	SI	Eseguita attività di monitoraggio igiene delle mani per il secondo semestre dell’anno 2024. (in allegato)

Obiettivo: Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento delle prestazioni erogate.

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 5 – Monitoraggio e contenimento degli eventi avversi (ICA)	SI	Indagine di prevalenza semestrale (in allegato)

A5 Matrice delle responsabilità

AZIONE	Direttore Sanitario/ Presidente CCICA	Risk Manager	Responsabile UO Affari Legali/Generali	Direttore Generale/Proprietà	Direttore Sanitario (1)	Direttore Amministrativo	Strutture di supporto
Redazione PARS (eccetto i punti: 2, 3 e 7)	C	R	C	C	C	C	-
Redazione punti 2 e 3	C	C	R	I	C	C	-
Redazione punto 7	R	C	I	I	C	I	-
Adozione PARS con deliberazione	I	I	I	R	C	C	-
Monitoraggio PARS (eccetto il punto 7)	C	R	C	I	C	C	C
Monitoraggio punto 7	R	C	I	I	C	I	C

	PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2025	Documento del 28.02.2025
--	---	---

A6 Obiettivi e attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"		
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2025		
STANDARD Partecipazione di almeno il 50% del personale coinvolto.		
FONTE Direzione Sanitaria		
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ		
Azione	Risk manager	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA		
ATTIVITÀ 1 – Realizzazione di un "Centro di riferimento per la Chirurgia dell'Obesità"		
INDICATORE Soddisfamento dei requisiti minimi (Blocco operatorio – UTI 24h)		
STANDARD Numero interventi di chirurgia bariatrica al 31.12.2025.		
FONTE Direzione Sanitaria		

OBIETTIVO C) PROMOZIONE INTERVENTI MIRATI AL CONTENIMENTO EVENTI AVVERSI		
ATTIVITÀ 1 – Condivisione territoriale per criticità nei ricoveri in "area medica"		
INDICATORE Implementazione di specifici protocolli di presa in carico di pazienti provenienti dai PS		
STANDARD Numero ricoveri inappropriati/reinviati al PS al 31.12.2025		
FONTE Direzione Sanitaria		

	PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2025	Documento del 28.02.2025
--	---	---

A7 Obiettivi e Attività per la Gestione del Rischio Infettivo

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo		
Attività A1: Organizzazione di almeno un corso di formazione per mantenere elevato il numero di operatori formati sulla prevenzione del rischio infettivo nella struttura		
Indicatore: Esecuzione di 1 edizione del Corso entro il 31/12/2025		
Standard: Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti		
Fonte: Direzione Sanitaria		
	Infettivologo	Resp. Formazione
Progettazione	R	C
Accreditamento	C	R
Esecuzione	R	C

Obiettivo: 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 B1: Implementazione del Piano di Azione Locale sul lavaggio delle mani			
Indicatore: Corretta esecuzione della procedura			
Standard: Monitoraggio della corretta esecuzione attraverso l'osservazione programmata			
Fonte: Direzione Sanitaria			
	Resp. Reparto	Coord. Inf.co	Infettivologo
Progettazione	R	C	C
Esecuzione	R	C	C

Obiettivo C: 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 C1: Indagine di prevalenza sulle principali ICA associabili alle prestazioni erogate			
Indicatore: Redazione report ICA entro il 31/12/2025			
Standard: Monitoraggio e condivisione dei dati con il personale coinvolto			
Fonte: Direzione Sanitaria			
	Infettivologo	Dir San	Gruppo Gestione RC
Esecuzione	R	C	C
Monitoraggio	R	C	C

	PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2025	Documento del 28.02.2025
--	---	---

A8 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS ICC 2025 viene illustrato al personale della struttura con diffusione capillare a tutti i livelli, previa presentazione alla Direzione Generale.

In ottemperanza all'art. 2 comma 5 della Legge 8 marzo 2017 n°24, viene pubblicato sul sito istituzionale della struttura.

Copia del documento in versione informatica è disponibile per la visione presso i reparti della struttura nella cartella condivisioni.

Il PARS ICC 2025 viene trasmesso al Centro Regionale Rischio Clinico.

A9 BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA e RIFERIMENTI NORMATIVI

Bibliografia

AA. VV., *"An organisation with a memory - Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS Department of Health"* – NHS, Giugno 2000

Reason J, *Human errors: models and management*, 320, BM, 2000

Vincent C; *Clinical Risk Management Enhancing patient safety*, BMJ Publications, 2001

Tartaglia R., *"L'ergonomia per un ospedale a misura di medico e paziente"*, Toscana Medica, anno XX, n°1, 2002

Del Vecchio M, Cosmi L, *Il risk management nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2002

AA. VV., *"Dossier n. 75/2002, FMEA – FMECA Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie"*, Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia Romagna, Novembre 2002

AA. VV., *"Exploring patient safety in the OR"*, Risk Management Foundation Medical Institutions, Forum, Febbraio 2004, vol. 23, N°4

AA. VV., *"Dossier n. 125/2006 - Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti"*, Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia Romagna, Aprile 2006

Nuti S, Tartaglia R, Niccolai F, *Rischio clinico e sicurezza del paziente - Modelli e soluzioni nel contesto internazionale*, Il Mulino, 2007

AA. VV., *"Dossier n. 146/2007, Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007 - Sussidi per la gestione del rischio 8"*, Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia Romagna, Marzo 2007

Gawande A., *"Checklist come fare andare meglio le cose"*, Einaudi Editore, 2011

Ghirardini A., Tartaglia R., *"Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica"*, Springer Editore, 2013

Missiaggia M.L, Viola L, *La responsabilità sanitaria: i riflessi della riforma Gelli nel mondo degli operatori sanitari*, Edra – La Tribuna Dossier, 2017

	PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2025	Documento del 28.02.2025
--	---	---

AA VV, *Disegno di Legge Gelli. Cambiano le regole della Responsabilità sanitaria: impatti sul sistema*, Ed. AIOP, 2017

Sorgente A. E, *Legge Gelli-Bianco. Gli adempimenti operativi per le strutture sanitarie in base alla Legge 8 marzo 2017, N.24*, Ed. AIPO, versione 2 – 2017

Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* - Eds. Springer Nature: Cham Switzerland January 20, 2021

Sitografia

<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4321806.pdf> *Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria: commentario alla legge 24/2017*, Collana Medicina e Società, Quotidiano Sanità Edizioni, 2017

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&area=qualita Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure, Ministero della salute

www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente *Rischio clinico e sicurezza del paziente*,

<http://www.regione.toscana.it/documents/10180/23345/Il+Sole+24+Ore+Sanit%C3%A0%20Toscana+10+2013.pdf/7d614803-02ab-429b-b3ac-bcc5269be391> "Il clima interno nelle Aziende sanitarie", Sole 24Ore Sanità Toscana, 20 marzo 2013

<https://www.ahrq.gov> "20 Tips To Help Prevent Medical Errors: Patient Fact Sheet", Agency for Healthcare Research and Quality, Aggiornamento Maggio 2017

<https://www.ahrq.gov> "Five steps to safer healthcare: Patient Fact Sheet", Agency for Healthcare Research and Quality, Aggiornamento Settembre 2013

<https://www.ahrq.gov> "The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety", Agency for Healthcare Research and Quality, Evidence report/Technology Assessment n° 74, Maggio 2003

<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery> "WHO Guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives", 2009

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=2610&area=sala%20operatoria&menu=checklist

<http://www.salute.gov.it/dettaglio/documenti/Checklist.pdf> "Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist", Ottobre 2009", Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema – Ufficio III.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_587_allegato.pdf "Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura", Raccomandazione n. 3, Marzo 2008", Ministero della salute, Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema – Ufficio III.

	<u>PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2025</u>	Documento del 28.02.2025
--	--	---

Riferimenti Normativi

- Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita, CRRC 26 Ottobre 2022
- Documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario, CRRC 25 Gennaio 2022
- Documento di indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella, CRRC 07 Giugno 2021
- Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente, CRRC 25 Settembre 2020
- Determinazione Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali G01226 del 02/02/2018 "Revisione delle Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della Legge 24/2017"
- Determinazione Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria G00164 11.01.2019 "Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
- ALLEGATO C del DCA 8/2011 e s. m. e i. (Versione 3.3 – 15.01.2018)
- Istituzione del Centro Regionale Rischio Clinico - Determina n. G16829 del 28/11/2017
- Legge 8 marzo 2017 n.24 " Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"
- DCA 328 del 4/11/2016 Approvazione delle "Linee guida per la Elaborazione e Adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
- Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti - Determina n. G12356 del 25/10/2016
- Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella - Determina n. G12355 del 25/10/2016
- Decreto del Commissario ad Acta n.U0090 del 10 novembre 2010 (delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)
- Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) - Decreto 11/12/2009

	PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2025	Documento del 28.02.2025
---	---	---

Riferimenti Normativi

- Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita, CRRC 26 Ottobre 2022
- Documento di Indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario, CRRC 25 Gennaio 2022
- Documento di Indirizzo per la classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella, CRRC 07 Giugno 2021
- Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente, CRRC 25 Settembre 2020
- Determinazione Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali G01226 del 02/02/2018 "Revisione delle Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) ai sensi della Legge 24/2017"
- Determinazione Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria G00164 11.01.2019 "Linee guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)"
- ALLEGATO C del DCA 8/2011 e s. m. e l. (Versione 3.3 - 15.01.2018)
- Istituzione del Centro Regionale Rischio Clinico - Determina n. G16829 del 28/11/2017
- Legge 8 marzo 2017 n.24 " Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"
- DCA 328 del 4/11/2016 Approvazione delle "Linee guida per la Elaborazione e Adozione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)";
- Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti - Determina n. G12356 del 25/10/2016
- Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella - Determina n. G12355 del 25/10/2016
- Decreto del Commissario ad Acta n.U0090 del 10 novembre 2010 (delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010)
- Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (SIMES) - Decreto 11/12/2009


Istituto Clinico Casalpallocco Srl
Dr. Vittorio Chignoli
Direttore Sanitario
N. Iscr. RM 65155

POPA, 28/2/2025 :



C.I.C.A. - STUDIO DI PREVALENZA *Sintesi dei dati anno 2024*

Il primo luglio dell'anno 2024 è stato per l'Istituto Clinico Casalpallocco il ritorno alla piena attività di Ospedale per acuti, privato e accreditato col Sistema Sanitario Nazionale.

La configurazione descritta dall'accreditamento regionale ha previsto 76 posti letto su 92 totali autorizzati, divisi in 56 di area medica (medicina generale e malattie infettive) e 20 di chirurgia generale.

Mentre l'attività di chirurgia generale si è incentrata soprattutto sulla chirurgia bariatrica e laparoscopica addominale, l'area medica ha fatto fronte ai pz provenienti dai pronto soccorso territoriali (principalmente Ospedale Grassi di Ostia e Ospedale Sant'Eugenio di Roma).

Ciò si è tramutato in un numero totale di ricoveri pari a 1369.

Il riscontro nei degenti di microrganismi patogeni "sentinella" che hanno determinato l'erogazione di surplus di risorse da parte dell'Azienda (ovvero un inizio o un cambio di protocollo terapeutico, un allungamento della degenza, l'adozione di procedure di isolamento e/o trasferimento) è stato di 116 casi (prevalenza dello 0,08%).

I microrganismi patogeni identificati con maggior frequenza sono risultati:

- *Klebsiella pneumoniae* (12 casi in area medica)
- *Pseudomonas aeruginosa* (3 casi in area medica)
- *Staphylococcus hominis* (1 caso in chirurgia generale + 14 casi in area medica)
- *Staphylococcus haemolyticus* (1 caso in chirurgia generale + 3 casi in area medica)
- *Staphylococcus aureus* (6 casi in area medica)
- *Staphylococcus epidermidis* (17 casi in area medica)
- *Enterobatteri* (5 casi in area medica)
- *Candida albicans* (1 caso in chirurgia generale + 8 casi in area medica).



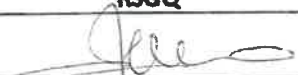
Analiticamente, la diagnosi per ciascun caso è stata così ottenuta:

- *Klebsiella pneumoniae* (10 urinocoltura, 2 catetere vescicale)
- *Pseudomonas aeruginosa* (1 espettorato, 1 catetere vescicale, 1 tampone ferita)
- *Staphylococcus hominis* (15 emocoltura)
- *Staphylococcus haemolyticus* (1 catetere vescicale, 3 emocoltura)
- *Staphylococcus aureus* (2 tampone ferita, 4 emocoltura)
- *Staphylococcus epidermidis* (17 emocoltura)
- *Enterobatteri* (3 urinocoltura, 1 emocoltura, 1 espettorato)
- *Candida albicans* (4 urinocoltura, 1 tampone vaginale, 3 espettorato, 1 tampone ferita).


IL DIRETTORE SANITARIO
DOTT. VITTORIO CHIGNOLI

	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI	MG/01-23 Rev. 0 Pag. 1 a 10
---	--	--

ALLEGATO 1 PARS 2025:
PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Redatta RSGQ	Verificata DS	Approvata DS
		
Maria Semeraro	Vittorio Chignoli	Vittorio Chignoli

	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI	MG/01-23 Rev. 0 Pag. 2 a 10
---	--	--

INDICE

1. PREMESSA	3
2. INTRODUZIONE	3
3. OBIETTIVI DEL DOCUMENTO	5
4. APPLICABILITÀ	5
5. RIFERIMENTI	5
6. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI	6
7. RESPONSABILITÀ	8
8. AZIONI 2025 - MODALITÀ OPERATIVE.....	9
9. OBIETTIVI 2025	10
10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO.....	10
11. CONTRIBUTI PER LA REDAZIONE DEL PRESENTE DOCUMENTO	10

	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI	MG/01-23 Rev. 0 Pag. 3 a 10
---	--	--

1. PREMESSA

Con la Determinazione G02044 del 26/02/2021 è stato adottato il documento "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".

Così come da Nota della Regione Lazio U. 0124752 del 02/02/2023, il presente documento viene redatto al fine di rappresentare quanto già posto in essere dalla Struttura nell'ambito del Piano e, soprattutto, quanto programmato per raggiungere il livello INTERMEDIO che *Rappresenta il livello minimo da garantire, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura* (Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani).

2. INTRODUZIONE

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura. Costituiscono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale: ospedali per acuti, day hospital/day surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali, ecc. Le ICA 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 l'ambiente (infezioni esogene).

Le cause sono molteplici, fra le principali ricordiamo:

- 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. In Europa, le ICA provocano ogni anno:

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

	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI	MG/01-23 Rev. 0 Pag. 4 a 10
---	--	--

Uno studio nazionale di prevalenza condotto nel 2018 utilizzando il protocollo dell'ECDC, ha rilevato una frequenza media di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale; nell'assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA.

I microrganismi coinvolti possono essere virus, funghi o miceti, parassiti e, più frequentemente, batteri. Fino all'inizio degli anni '80, le ICA erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (per esempio, *E. coli* e *Klebsiella pneumoniae*). Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari in materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da batteri gram-positivi (soprattutto *Enterococchi* e *Stafilococcus epidermidis*) e quelle da miceti (soprattutto *Candida*), mentre sono diminuite quelle sostenute da batteri gram-negativi. Tuttavia, recentemente, alcuni batteri gram-negativi, come i CRE e l'*Acinetobacter spp.*, responsabili di gravi infezioni, sono diventati molto frequenti in ambito assistenziale ospedaliero.

La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l'apparato respiratorio, le ferite chirurgiche, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere.

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 (IPC), si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%. Fra questi interventi la corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente.

Purtroppo il livello di adesione a questa pratica è, spesso, inaccettabilmente, basso. In letteratura è riportata un'adesione inferiore al 40% nelle strutture sanitarie in cui non sono stati implementati appositi programmi di sensibilizzazione. Questo valore scende sotto il 20% nelle strutture residenziali per anziani. La corretta igiene delle mani è una delle azioni fondamentali non solo delle cosiddette "precauzioni standard", ma anche nel caso in cui sia necessario adottare precauzioni ulteriori, come quelle da contatto o droplet. La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i bundle relativi al rischio infettivo (prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, di quelle legate a catetere venoso e vescicale, della polmonite associata al ventilatore).

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

- 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'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

	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI	MG/01-23 Rev. 0 Pag. 5 a 10
---	--	--

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.

3. OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

L'obiettivo del documento è quello di definire un *bundle* di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta alle organizzazioni 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 OMS.

4. APPLICABILITÀ

A CHI	Il documento è rivolto alla direzione della Struttura e agli operatori sanitari.
DOVE	Il documento trova applicazione in tutta la Struttura.
PER CHI	Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti e gli operatori sanitari
QUANDO	Qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

5. RIFERIMENTI

- UNI EN ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti"
- Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009;
- Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009;
- Template Action Plan, WHO, 2009;
- Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
- Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Inadequate/Basic Results, WHO, 2012;
- Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012;
- Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012
- Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34
- Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC". Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
- Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6;

	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI	MG/01-23 Rev. 0 Pag. 6 a 10
---	--	--

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

6. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

Abbreviazioni

RSGQ	Responsabile del Sistema di Gestione Qualità
CI	Coordinatore/i Infermieristico/i
MED	Medico
DG	Direzione Generale
DS	Direttore Sanitario e Direzione Sanitaria
ACG	Amministrazione e Controllo di Gestione
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
UT	Ufficio Tecnico
UP	Ufficio del Personale
UA	Ufficio Acquisti
RESP	Responsabilità/Responsabile
MONIT	Monitoraggio
REQ	Requisito/i
PARS	Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario
GVM	Gruppo Villa Maria

ICC	Istituto Clinico Casalpallocco
AC	Anno Corrente
CSIA	Consumo di Soluzione Idro-Alcolica
GDO	Giornate di Degenza Ordinaria
CCICA	Comitato di Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza
IPC	<i>Infection Prevention and Control</i>
OIM	Osservatore Igiene delle Mani
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico
CRE	Enterobatteri Resistenti alle Carbapenemasi

Definizioni

ANTISEPSI DELLE MANI: La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.

AGENTE ANTISETTICO: Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.

BUNDLE: Un *bundle* è un insieme contenuto (da 3 a 5) di interventi, comportamenti e/o pratiche Evidence-based, rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente. Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.

COLONIZZAZIONE: Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite.

DISINFEZIONE: Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.

FRIZIONE ANTISETTICA: Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.

	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI	MG/01-23 Rev. 0 Pag. 8 a 10
--	--	--

INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA: Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale e che non era presente né in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.

IGIENE OSPEDALIERA: Disciplina che contempla tutti gli aspetti relativi al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori e degli operatori sanitari. Da un punto di vista gestionale consiste nell'insieme di funzioni che mira a garantire in modo efficiente che un qualsiasi setting assistenziale (ospedale, ambulatorio, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.

INFEZIONE: Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria.; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.

PUNTO DI ASSISTENZA: Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.

7. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità proprie di ciascuna figura professionale, per l'esecuzione delle azioni descritte nel capitolo seguente *AZIONI 2025 – MODALITÀ OPERATIVE*, sono definite secondo quanto descritto all'interno del capitolo stesso, richiamiamo comunque le figure salienti quale:

- DG
- DS
- RSGQ
- MED dei Reparti e Servizi
- Osservatore
- CI dei Reparti e Servizi
- UT
- UA
- UP
- ACG

	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI	MG/01-23 Rev. 0 Pag. 9 a 10
---	--	--

8. AZIONI 2025 - MODALITÀ OPERATIVE

Di seguito sono riportate tutte le azioni pianificate per il 2025 con il relativo responsabile, la data entro la quale devono essere attuate/implementate le azioni e la periodicità del monitoraggio.

REQ	AZIONI	RESP	DATA	MONIT
Strutturali e Tecnologici	Monitoraggio e verifica periodica delle postazioni/locali/spazi comuni dove sono presenti gli erogatori di soluzione alcolica e di sapone	DS, UT e CI	31/12/AC	ANNUALE
Strutturali e Tecnologici	1. Definire con la Direzione Amministrativa gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici in base all'autovalutazione effettuata 2. Manutenzione Lavandini e Dispenser (Segnalazione – CI; Manutenzione/Riparazione – UT)	1. DS 2. CI e UT	31/12/AC	ANNUALE
Strutturali e Tecnologici	Garantire la disponibilità e l'approvvigionamento continuativo dei prodotti per l'igiene delle mani e la distribuzione dei <i>dispenser</i>	UA e CI	31/12/AC	ANNUALE
Formazione	Report sulla conoscenza delle indicazioni e della tecnica dell'igiene delle mani degli operatori sanitari	DS, OIM e RSGQ	31/12/AC	ANNUALE
Formazione	Indagine sulla <i>compliance</i> relativa all'Igiene delle Mani attraverso l'osservazione degli operatori	OIM DS	31/12/AC	ANNUALE
Formazione	Corsi di formazione sull'igiene delle mani	DG, DS e UP	31/12/AC	ANNUALE
Comunicazione permanente	Riunioni periodiche del CCICA (almeno 2 volte l'anno) per aggiornamento piano azione locale igiene delle mani	DS	31/12/AC	ANNUALE
Comunicazione permanente	Verifica materiale informativo sull'igiene delle mani e monitorarne l'aggiornamento	DS e RSGQ	31/12/AC	ANNUALE
Comunicazione permanente	Informazione/promozione dell'igiene delle mani (tramite <i>mail</i> , pubblicazioni sul sito, <i>screensaver</i> nelle sale di attesa, etc.). Iniziative di sensibilizzazione e comunicazione per il personale, pazienti/ospiti e familiari.	DS, RSGQ e CI	31/12/AC	ANNUALE
Monitoraggio e <i>feedback</i>	Monitoraggio consumo gel idroalcolico	DG, DS e ACG	31/12/AC	ANNUALE
Monitoraggio e <i>feedback</i>	Monitorare i tassi di ICA (dell'AC)	DS	31/12/AC	ANNUALE
Monitoraggio e <i>feedback</i>	1. Definizione di un calendario/cadenza delle osservazioni sull'igiene delle mani 2. Valutazione delle conoscenze del personale sull'igiene delle mani e della consapevolezza sull'importanza di questa pratica	1. DS 2. OIM	31/12/AC	ANNUALE
Clima Organizzativo e <i>Committment</i>	Monitoraggio/sorveglianza dell'igiene delle mani	CI e OIM	31/12/AC	ANNUALE
Clima Organizzativo e <i>Committment</i>	Autovalutazione periodica e descrizione dei cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti. In considerazione dei miglioramenti ottenuti si programmano ulteriori attività al fine di mantenere un livello di valutazione almeno INTERMEDIO	DS	31/12/AC	ANNUALE

	PIANO DI INTERVENTO LOCALE SULL'IGIENE DELLE MANI	MG/01-23 Rev. 0 Pag. 10 a 10
---	--	---

9. OBIETTIVI 2025

Gli obiettivi specifici delle azioni enunciate nel capitolo precedente sono caratterizzati dal:

- Mantenimento degli standard Regionali/Nazionali e/o Internazionali come
 - il mantenimento o superamento del livello intermedio/adequato nel *questionario autovalutazione igiene delle mani*;
 - il tasso di adesione superiore al 75% come da indicazione dell'OMS;
 - CSIA superiore ai 20 litri/1000 GDO.
- Tracciabilità della formazione del personale (attestati di formazione interna/esterna), inerenti alla prevenzione delle infezioni e/o al lavaggio delle mani;
- *Report* sul monitoraggio delle infezioni nosocomiali e sulla sicurezza del paziente contro le infezioni e tracciabilità della relativa comunicazione ai diretti interessati (*audit* di reparto/servizio, rapporti delle verifiche di sicurezza della sala operatoria, monitoraggi annuali delle ICA, etc.);
- Richieste di manutenzione/acquisto dei beni/attrezzature necessarie per garantire un'adequata igiene delle mani (eventuali richieste effettuate dai CI dei reparti come la sostituzione/riparazione dei dispenser di sapone nei bagni, riparazione dei lavandini e/o sostituzione dei rompi-getto, richieste al magazzino centrale delle soluzioni idro-acoliche da parte dei vari reparti/servizi, etc.);
- Formalizzare un piano formativo contenente corsi inerenti all'igiene delle mani, la prevenzione delle infezioni o gestione del rischio clinico;
- Osservazione periodica e costante della corretta igiene delle mani da parte dell'OIM, il quale redige ciclicamente dei rapporti inerenti ai *safety walk-around* dedicati;
- Presenza di comunicazioni da parte del DS e/o del RSGQ atte a sensibilizzare l'importanza dell'attività di prevenzione delle ICA;
- Garantire all'utenza la possibilità di poter dare la propria opinione sui servizi/prestazioni di ICC;
- Garantire l'informazione continua tramite materiale informativo aggiornato (*screensaver*/diapositive sul lavaggio delle mani proiettate sugli schermi della reception di ICC, pubblicazione del PARS sul sito di ICC, possibilità di visionare materiale informativo sul sito GVM con possibilità di iscriversi alla *newsletter* del Gruppo, etc.)

10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL PIANO

Il presente Piano è parte integrante del PARS e segue le regole di diffusione del documento a cui è allegato.

Inoltre, è presente nella cartella informatica condivisa SGQ accessibile a tutto il personale abilitato.

11. CONTRIBUTI PER LA REDAZIONE DEL PRESENTE DOCUMENTO

Hanno contribuito alla redazione del presente documento:

- DS
- RSGQ
- Servizio di Consulenza Esterna per la Qualità - *EcoSafety*

 	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 1/13
--	---	---

NOTE

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
DS	27/2/2025	<i>[Signature]</i>	RAQ	27/2/2025	<i>[Signature]</i>	DS	27/2/2025	<i>[Signature]</i>

	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 2/13
---	---	---------------------------------------

INDICE

1.0	INTRODUZIONE.....	3
2.0	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
3.0	RIFERIMENTI	3
4.0	RESPONSABILITÀ.....	4
5.0	DEFINIZIONI	4
6.0	GLOSSARIO	5
7.0	MODALITÀ OPERATIVE	
7.1.	ATTIVITÀ PREVENTIVE PER CONTRASTARE IL RISCHIO DA LEGIONELLOSI.....	6
7.2.	CASI DI POSITIVITÀ ALLA LEGIONELLA NELL'IMPIANTO IDRICO	12
7.3.	MISURE PER LA TUTELA DEGLI OPERATORI ADDETTI ALLA MANUTENZIONE DI IMPINATI IDRICI E AEREAULICI	12
7.4.	GESTIONE DEI DPI E ATTREZZATURE.....	13
7.5.	CAMPIONAMENTO MICROBIOLOGICO	13
8.0	MODALITÀ PER LA FORMAZIONE E DIFFUSIONE SULLA SEGUENTE ISTRUZIONE OPERATIVA.....	13
9.0	CONTRIBUTI PER LA REDAZIONE DEL DOCUMENTO	13

	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 3/13
---	---	---------------------------------------

1.0 INTRODUZIONE

La Legionellosi è quell'infezione causata dalla classe di batteri Gram-negativi aerobi del genere legionella, che possono causare una polmonite in forma febbrile extra-polmonare e in forma subclinica.

La Legionellosi è riconosciuta come uno dei principali problemi di sanità pubblica a livello globale. Rientra nell'elenco delle malattie soggette a segnalazione e notifica obbligatoria.

Secondo la letteratura e i dati clinici, di tutti i batteri di questo genere quello che più frequentemente interessa l'uomo è la *Legionella Pneumophila* costituita da 16 sierogruppi.

La trasmissione di questa infezione avviene dall'ambiente all'uomo attraverso sostanze aerodisperse contenenti i predetti microrganismi come per esempio:

- Impianti idrici (tubature, rubinetti, docce, etc.)
- Impianti di trattamento dell'aria (sistemi centralizzati, torri di raffreddamento, etc.);
- Apparecchiature dedicate alla terapia respiratoria assistita (come i gorgogliatori-umidificatori);

Generalmente questi batteri possono vivere e moltiplicarsi nell'acqua a temperature comprese tra 20 e 45 °C e sono presenti in basse concentrazioni nelle acque naturali di fiumi, laghi e serbatoi, il problema del rischio infettivo compare in tutte quelle situazioni in cui vi è la presenza di sedimenti organici, ruggine, depositi di materiale sulle superfici dei sistemi di accumulo e di distribuzione delle acque (questi sono tutte variabili che ne facilitano l'insediamento).

Le attività atte alla prevenzione di questa forma morbosa sono di carattere preventivo (manutenzione e disinfezione) tali da contrastarne la diffusione, insediamento e moltiplicazione negli impianti a rischio (impianti che comportano un moderato riscaldamento dell'acqua – da 25 a 42 °C – e la sua nebulizzazione, gli impianti idrosanitari e di condizionamento.

La Legionella è classificata nel Gruppo 2 tra gli agenti patogeni all'interno del Titolo X del D. Lgs 81/2008 e, per questo motivo, la gestione del rischio da Legionellosi è stata trattata nella Conferenza Stato-Regioni (7 maggio 2015) con l'emanazione delle *Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi*. In questo documento sono riunite, aggiornate e integrate tutte le indicazioni riportate nelle precedenti linee guida e normative.

TH, in quanto struttura sanitaria privata accreditata con il SSN è interessata e sensibile al rischio di esposizione di Legionella, per questo motivo mette in atto attività di carattere protettivo e preventivo nei confronti di tutti i suoi collaboratori.

2.0 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo del presente documento è di descrivere, pianificare e attuare un piano preventivo che delinea tutti gli interventi di prevenzione e monitoraggio necessari per diminuire il rischio di esposizione da Legionella.

Le attività descritte in questa procedura devono essere applicate e attuate in tutti quegli ambienti in cui sono presenti sistemi idraulici e aeraulici a rischio.

3.0 RIFERIMENTI

- Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 101 del 09 dicembre 2022;

	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 4/13
---	---	---------------------------------------

- Norma UNI EN 806-4 Specifiche relative agli impianti all'interno di edifici per il convogliamento di acqua destinata al consumo umano – Installazione;
- Norma UNI EN 806-5 Specifiche relative agli impianti all'interno di edifici per il convogliamento di acqua destinata al consumo umano - Esercizio e manutenzione;
- Linee Guida INAIL 2010 "Il monitoraggio microbiologico - campionamenti e analisi";
- D.lgs. 81/2008 "Testo Unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro";
- WHO 2007 "Legionella and the prevention of legionellosis";
- UNI EN ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la Qualità – Requisiti";
- ANSI/ASHRAE Standard 188-2015 "Legionellosis: Risk Management for building Water Systems";
- Center for Disease Control and Prevention: Developing a Water Management Program to reduce Legionella growth e spread in buildings, 5 giugno 2017;
- Linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi. Regione Emilia-Romagna [www. http://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area_bollettini/](http://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area_bollettini/), giugno 2017;
- Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi - Approvate in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 maggio 2015- Italia;
- Raccomandazioni per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle polmoniti da Legionella nelle strutture sanitarie piemontesi pubbliche e private - Regione Piemonte – Italia;
- P.Martinelli A.Montemarano G.Liguori M. D'Amora, Igiene e Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, PICCIN, Edizione 2016. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2362_allegato.pdf.

4.0 RESPONSABILITÀ

Le responsabilità proprie di ciascuna figura professionale, per l'esecuzione delle attività di seguito descritte, sono definite secondo quanto descritto all'interno dell'istruzione, richiamiamo comunque le figure salienti quale:

- Direzione Generale
- Direzione Sanitaria
- RSPP
- Responsabili e Coordinatori dei reparti e servizi di ICC
- Ufficio Tecnico
- Referente e personale della ditta dedicata ai servizi di manutenzione degli impianti idraulici e aereulici
- RSGQ

5.0 DEFINIZIONI

AD	Amministratore Delegato
DS	Direttore Sanitario
CI	Coordinatore Infermieristico
INF	Infermiere
RSGQ	Responsabile del Sistema Gestione per la Qualità
RSPP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
ICC	Istituto Clinico Casalpalocco
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
PZ	Paziente
GVM	Gruppo Villa Maria

	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 5/13
---	---	---------------------------------------

ACS	Acqua Calda Sanitaria
AFS	Acqua Fredda Sanitaria
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
UT	Ufficio Tecnico
TMV	<i>Thermostatic Mixed Valve</i> - Valvola Termostatica
UFC	Unità Formanti Colonie

6.0 GLOSSARIO

BIOFILM: aggregazione di microrganismi contraddistinta da una matrice adesiva e protettiva

AEROSOL: sospensione di una particella in genere con diametro $< 5 \mu\text{m}$.

CERTIFICATO DI ANALISI O RAPPORTO DI PROVA: documento su cui sono registrati, secondo modalità standard normative dei laboratori di analisi, gli esiti analitici e tutte le informazioni necessarie all'interpretazione dei risultati. È dunque un referto cumulativo sui campionamenti effettuati comprendente i risultati dei prelievi, le modalità di campionamento e la valutazione delle cariche batteriche riscontrate, totali o tipizzate.

IMPIANTO IDRO-SANITARIO: sistema di distribuzione dell'acqua destinata a consumo umano, e di produzione acqua calda sanitaria; in particolare, per quanto riguarda la rete idrica, si considera "impianto" il sistema che fa capo alla relativa centrale termica (dunque in una rete idrica possono esserci tanti impianti quante sono le centrali termiche).

IMPIANTO AERAUICO: L'impianto aeraulico riguarda tutti i sottoinsiemi che costituiscono un impianto di trattamento d'aria centralizzato (ventilante, batterie di scambio termico, stadi filtranti, pompe di calore), o direttamente le unità di ventilconvezione e climatizzazione locali (split, fancoil, cassoni a soffitto), finalizzati a creare condizioni microclimatiche e di classificazione microbiologica e particellare prestabilite.

MANDATA E RICIRCOLO (ACQUA CALDA): La mandata rappresenta l'uscita dell'acqua calda dal bollitore prima di qualsiasi miscelazione e di norma dovrebbe essere libera da Legionella. Il ricircolo rappresenta il ritorno dell'acqua dall'impianto alla centrale termica. Il suo grado di contaminazione rispecchia l'entità della contaminazione di tutto l'impianto e indirettamente l'efficacia della manutenzione. La presenza di Legionella (per i valori consultare le tabelle) nella mandata e/o nel ricircolo determinano la necessità di bonifica dell'impianto.

MANUTENZIONE ORDINARIA O PROGRAMMATA: applicazione di strategie per mantenere l'efficienza (e di conseguenza il valore) degli impianti nel tempo. Per la prevenzione della legionellosi la conseguenza è che il rischio di colonizzazione e contaminazione viene mantenuto basso e sotto controllo.

MANUTENZIONE STRAORDINARIA: integra quella ordinaria con interventi di innovazione dei sistemi, compresa la sostituzione di parti importanti. Per la prevenzione della legionellosi si potrebbe parlare di manutenzione straordinaria nel caso di interventi mirati a correggere e migliorare la strategia di prevenzione, anche a seguito di evidenza di non conformità.

LEGIONELLA: microrganismo a forma bastoncellare, gram negativo, ambientale, ubiquitario; può entrare a basse concentrazioni nei sistemi idrici e trovarvi condizioni favorevoli per il proprio sviluppo (temperatura

	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 6/13
---	---	---------------------------------------

tra 25° e 45°, presenza di biofilm, amebe, ristagni, sedimenti e incrostazioni calcaree, silicone, gomme, piombature deteriorate). Si fissa alla parete interna degli impianti e con la sequenza tipica della formazione del biofilm batterico (adsorbimento, fissazione, micro-colonizzazione), forma sacche protette in grado di resistere ai trattamenti di bonifica. Ad oggi sono state isolate ed identificate 50 specie di *Legionella* distinte in 70 sierogruppi. Dominante, nella patologia umana, è la *Legionella Pneumophila*, responsabile del 90% dei casi di infezione, il 79% dei quali è rappresentato da *L. Pneumophila* sierogruppo 1.

LEGIONELLOSI: tutte le forme morbose causate da batteri del genere *Legionella*. L'uomo contrae l'infezione attraverso inalazione di aerosol. L'infezione da *Legionella* può dare luogo a due distinti quadri clinici: la febbre di Pontiac e la malattia dei legionari.

PRE-USAGE FLUSHING (modalità prelievo di acqua per l'analisi microbiologica – METODO QUALITATIVO): si intende il prelievo istantaneo dell'acqua all'apertura del rubinetto: la carica rilevata con questa modalità permette di misurare in "condizioni di utilizzo comune", ed è tipicamente utilizzata per simulare l'esposizione di un utente.

POST-USAGE FLUSHING (modalità prelievo di acqua per l'analisi microbiologica – METODO QUANTITATIVO): si intende il prelievo dell'acqua dopo aver lasciato scorrere per almeno 2-5 minuti: questa modalità permette di misurare la "condizione igienica dell'impianto", ovvero indica la carica totale del sistema idrico.

PUNTI TERMINALI (ACQUA SANITARIA): tutte le utenze da cui è disponibile l'acqua sanitaria: rubinetti, docce, doccette-bidet, bidet.

PUNTI TERMINALI (IMPIANTO AERAUICO): le bocchette e anemostati da cui viene immessa o estratta l'aria trattata e climatizzata in un ambiente indoor. Gli anemostati, in particolare, sono bocchette da cui esce aria secondo uno schema di diffusione in ambiente (flusso laminare, flusso turbolento, flusso misto).

REGISTRO MANUTENZIONE: documento che attesta il tipo di intervento eseguito e la periodicità di esecuzione. Può essere articolato in più sezioni, per esempio: registrazione degli interventi sull'impianto idro-sanitario, registrazione degli interventi su unità filtranti poste sui rubinetti, o rompigitto, o soffioni doccia, registrazione degli interventi su sistema di aerazione e climatizzazione, tra cui la sostituzione di filtri e la pulizia dei componenti, e registrazione interventi su dispositivi per aerosol e ossigenoterapia.

CAMPIONAMENTI MICROBIOLOGICI: campionamenti di acqua, biofilm, incrostazioni, aria, superfici aventi lo scopo di effettuare una valutazione della contaminazione con *Legionella Pneumophila*, e con altri microrganismi di interesse. Essi riflettono la qualità della manutenzione: una scarsa manutenzione qualitativa/quantitativa tende a correlarsi con cariche batteriche medio/alte. L'esecuzione di tale attività a cadenza periodica è di responsabilità della ditta delegata che invia il rapporto dei campionamenti alla DS e all'UT.

7.0 PIANO DELLE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO E PREVENZIONE DEL RISCHIO DI LEGIONELLOSI

7.1. ATTIVITÀ PREVENTIVE PER CONTRASTARE IL RISCHIO DA LEGIONELLOSI

Misure ambientali e impiantistiche

	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 7/13
---	---	---------------------------------------

Si elencano di seguito tutte le attività di carattere preventivo pianificate dall'Ufficio Tecnico di GVM e attuate dalle ditte designate dal Gruppo:

- la temperatura dell'acqua fredda non dovrebbe essere $> 20^{\circ}\text{C}$;
- il serbatoio di accumulo di acqua fredda deve essere ispezionato periodicamente all'interno e qualora ci fossero evidenti depositi o sporcizia, provvedere alla pulizia e disinfezione almeno una volta l'anno con 50 mg/L di cloro residuo libero per un'ora. La stessa operazione dovrebbe essere effettuata anche fronte di lavori che potrebbero aver dato luogo a contaminazioni o a un possibile ingresso di acqua non potabile (misura necessaria). La misura alternativa ad oggi è il campionamento microbiologico e anche la disinfezione continua di mantenimento (oggi adottata con cloro a 0,2 mg/litro). Tenere conto del fatto che, a fronte di evidente contaminazione, il serbatoio va anche del tutto vuotato;
- vuotare e disinfettare (se necessario anche disincrostare) i bollitori/serbatoi di accumulo dell'acqua calda sanitaria (compresi i boiler elettrici, qualora venissero installati nei reparti) almeno due volte all'anno e ripristinarne il funzionamento dopo accurato lavaggio;
- disinfettare periodicamente l'impianto dell'acqua calda sanitaria con disinfettante (perossido di idrogeno e sali d'argento, misura alternativa cloro ad elevata concentrazione). Nel caso in cui la disinfezione per iperclorazione non potesse essere applicata, tale mancanza deve essere compensata dall'implementazione di un'attività alternativa, il cui effetto sia valutato almeno altrettanto valido (misure facoltative, è importante raggiungere l'obiettivo e farlo nei limiti di sicurezza per persone, ambiente, impianti);
- ispezionare mensilmente i serbatoi dell'acqua sanitaria. Accertarsi che tutte le coperture siano intatte e correttamente posizionate e che i termometri analogici funzionino correttamente; – accertarsi che eventuali modifiche apportate all'impianto, oppure nuove installazioni, non creino rami morti o tubazioni con scarsità di flusso dell'acqua o flusso intermittente. Ogniqualevolta si proceda a operazioni di disinfezione, occorre accertarsi che siano oggetto del trattamento anche i rami stagnanti o a ridotto utilizzo, costituiti dalle tubazioni di spurgo o prelievo, le valvole di sovrappressione ed i bypass presenti sugli impianti;
- ove si riscontri un incremento significativo della crescita microbica che possa costituire un incremento del rischio legionellosi, utilizzare appropriati trattamenti disinfettanti;
- provvedere, se necessario, a applicare un efficace programma di trattamento dell'acqua, capace di prevenire sia la formazione di biofilm, che potrebbe fungere da luogo ideale per la proliferazione della Legionella, sia la corrosione e le incrostazioni che, indirettamente, possono favorire lo sviluppo microbico. È indispensabile dotare l'impianto idro-sanitario di sistemi di addolcimento dell'acqua, con conseguente manutenzione e controllo da registrare su apposito verbale/registro da conservare;
- l'acqua calda sanitaria deve avere una temperatura d'erogazione costantemente superiore ai 50°C . Per evitare il rischio di ustioni si possono utilizzare è necessario installare rubinetti dotati TMV. Qualora le caratteristiche dell'impianto o il rischio ustioni non possa essere mitigato con rubinetti dotati di valvola termostatica e quindi la temperatura d'esercizio d'impianto ricada all'interno dell'intervallo di proliferazione della Legionella ($< 50^{\circ}\text{C}$) compensare questo fattore di rischio con l'implementazione di un'attività avente efficacia analoga (es. disinfezione su base continua dell'impianto, incremento degli spurghi dei serbatoi e dei flussaggi delle erogazioni);

 	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 8/13
--	---	---------------------------------------

- le TMV sono degli elementi a rischio e a volte a valle di esse non è possibile mantenerne il controllo della contaminazione per mezzo del calore o l'aggiunta di biocidi nel sistema dell'acqua calda e fredda. Alcune TMV hanno un meccanismo che rende nella pozione terminale il flussaggio con acqua calda. Dove questo non è possibile dovrà essere limitata la contaminazione attraverso la pulizia, decalcificazione e disinfezione delle TMV e di ogni elemento associato ad esse (es. docce, rubinetti, ecc.);
- mantenere le docce, i diffusori delle docce e i rompighetti dei rubinetti puliti e privi di incrostazioni, sostituendoli all'occorrenza, preferendo quelli aperti (es. a stella, o croce) rispetto a quelli a reticella e agli aeratori/riduttori di flusso.

N.B.: Il report delle attività sopradescritte sono archiviate dall'Ufficio Tecnico di ICC.

Pulizia dei rompighetti

Il personale incaricato alla pulizia dei rompighetti e l'eventuale sostituzione è della ditta di manutenzione Gameta Impianti S.r.l..

Le azioni atte a eliminare il calcare e disinfettare i rompi-getto sono:

1. smontare il rompighetto dal rubinetto;
2. smontare il filtrino dal rompighetto, sciacquarlo, e riporre entrambi in una bacinella;
3. immergere completamente ogni rompighetto e filtrino in prodotto specifico per decalcificare, e lasciare agire per il tempo necessario indicato nella scheda tecnica dello specifico prodotto;
4. Successivamente sciacquare tutti i pezzi sotto acqua corrente;
5. una volta eliminato il calcare si procede alla disinfezione dei componenti, per eliminare eventuali batteri presenti;
6. immergere completamente ogni rompighetto e filtrino in una bacinella contenente un detergente a base di ipoclorito di sodio (Cloro attivo 1,1% in cloro attivo 11.000ppm; o simili). Lasciare agire per il tempo necessario indicato nella scheda tecnica dello specifico prodotto;
7. Successivamente, sciacquare abbondantemente sotto acqua corrente per eliminare il disinfettante in eccesso;
8. rimontare il tutto.

Pulizie dei soffioni doccia

Il personale incaricato alla pulizia dei rompighetti e l'eventuale sostituzione è della ditta di manutenzione Gameta Impianti S.r.l..

Le azioni atte a eliminare il calcare sono:

1. la rimozione dei soffioni doccia;
2. l'immersione completa dei diffusori smontati in una bacinella contenente un prodotto specifico per decalcificare (lasciar agire il prodotto secondo le tempistiche riportate sulla scheda tecnica);
3. risciacquare sotto acqua corrente.

Le azioni atte a disinfettare i soffioni sono:

1. la completa immersione di tutti i diffusori in una bacinella contenente un disinfettante specifico (come per i rompighetti – soluzione a base di Cloro attivo al 1,1% o simili) e lasciare agire secondo le tempistiche del prodotto riportate sulla scheda tecnica;

	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 9/13
---	---	---------------------------------------

2. successivamente, sciacquare abbondantemente sotto acqua corrente per eliminare i residui del disinfettante;
3. rimontare il soffione.

N.B.: Va sempre eseguita prima la rimozione del calcare e solo dopo la disinfezione.

N.B.: In caso di evidente usura di rompigitto, soffioni doccia e altri componenti (come le guarnizioni), questi devono essere sostituiti. La richiesta di sostituzione va effettuata dal responsabile di reparto/servizio di TH.

Scorrimento acque terminali

Le attività riportate di seguito sono da applicare in tutti locali che hanno in dotazione e utilizzano terminali dell'impianto idrosanitario; soprattutto per quanto riguarda quei locali di uso non frequente (rischio maggiore).

L'attività di reflusso va eseguita:

- minimo una volta a settimana per tutti i terminali idrici;
- nel caso di degenze dovrà essere effettuata prima della riassegnazione della stanza.

Il personale dedicato a questa attività è, in base al reparto/servizio, quello sanitario (infermieri, TSRM, etc.) e di supporto (ausiliario, ditta delle pulizie, etc.) e dovrà:

- far scorrere l'acqua calda e fredda da tutti gli erogatori (rubinetti, bidet, doccia, etc.) per almeno 3 minuti;
- controllare che l'acqua non sia torbida, ma limpida; che il flusso sia regolare (eventuali difficoltà di erogazione può dipendere da delle formazioni di calcare o bolle d'aria presenti nel rompigitto/tubatura;
- comunicare la non conformità dei rompigitto, soffioni doccia, etc., al CI o referente per la sostituzione dello stesso tramite comunicazione per mail alla manutenzione interna (Gameta Impianti S.r.l.).

Unità respiratoria del paziente e presidi a contatto con le vie respiratorie dell'assistito

Ogni stanza di degenza e alcuni locali specifici sono predisposti di connessione a muro per l'ossigeno (sistema centralizzato).

L'unità respiratoria del paziente è caratterizzata da un riduttore (formato da un gorgogliatore/umidificatore, flussimetro e manometro) che può essere collegato o all'attacco a muro dedicato o alla bombola di ossigeno.

La parte *umidificatore* è la componente a maggior rischio di crescita batterica per la presenza costante di acqua/umidità.

Di seguito sono riportate le indicazioni generali atte a prevenire il rischio di legionellosi.

Il personale infermieristico e di supporto deve:

- igienizzare le mani secondo le ultime linee guida;
- per garantire l'uso mono-paziente l'unità respiratoria pluriuso deve essere montata con umidificatore vuoto al momento dell'utilizzo;

	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 10/13
---	---	--

- riempire i gorgogliatori/umidificatori con acqua sterile (diminuendo il rischio infettivo) – il quantitativo di acqua sterile da inserire con tecnica asettica è in media di 100 ml: utilizzare come punto di riferimento la quantità intermedia tra livello MIN e MAX;
- cambiare l'acqua ogni 48 ore, massimo 72 (24 ore nei reparti intensivi e/o con pazienti immunodepressi e/o conclamate malattie infettive);
- in caso di somministrazioni prolungate, sostituire il gorgogliatore OGNI SETTE GIORNI, prima se visibilmente sporco;
- Per le bombole di ossigeno terapia dedicate al carrello di emergenza, cambiare il gorgogliatore OGNI SETTE GIORNI, prima se visibilmente sporco, e l'acqua ogni 48, massimo 72 ore;
- sostituire i gorgogliatori ad ogni dimissione/ricovero;
- al termine dell'utilizzo gli umidificatori devono essere:
 - rimossi e smontati, decalcificati con anticalcare, decontaminati con detergente/disinfettante (seguente le indicazioni della scheda tecnica), risciacquati accuratamente con acqua sterile, asciugati con panno di carta e riposti nel locale dedicato (deposito pulito) – per non creare un ambiente umido, il riduttore non va rimontato (umidificatore e tappo devono rimanere separati);
 - in alternativa alla disinfezione, i gorgogliatori vanno sterilizzati a 134 °C (ove possibile e riportato sul presidio e sulla scheda tecnica), in questo caso devono essere prima puliti poi imbustati (riportando i dati come da procedura interna per il materiale da sterilizzare) e mandati al servizio di sterilizzazione;
 - i gorgogliatori vanno riposti in armadi chiusi o in contenitori coperti da telini per tenerli a riparo dalla polvere; se sterilizzati, non vanno rimossi dalla confezione prima del successivo utilizzo.
- il tappo a vite deve essere:
 - decontaminato con disinfettante a base di ipoclorito di sodio (cloro attivo al 2,7%) diluito al 10 % (100ml di prodotto in 1 litro di acqua) secondo le tempistiche riportate sulla scheda tecnica;
 - sciacquato accuratamente e asciugato con panno monouso;
 - non deve essere presente acqua di condensa dei tubi.
- il flussimetro in metallo deve essere disinfettato esternamente con disinfettante compatibile (per esempio ipoclorico di sodio 0,1% utilizzando un panno di cotone o garza monouso), **NON VANNO IMMERSI O AUTOCLAVATI/STERILIZZATI.**

Oltre alle attività sopradescritte, per quanto riguarda tutti i presidi a contatto con le vie respiratorie dell'assistito bisogna tener conto delle seguenti indicazioni:

- ove possibile, sterilizzare in autoclave (presidi non alterabili dal calore e umidità), a basse temperature (per i presidi sensibili al calore e umidità) o con un alto livello di disinfezione;
- In caso in cui venga utilizzato un disinfettante è necessario eseguire necessariamente:
 - pulizia, ovvero la rimozione di materiale che potrebbe inficiare l'azione del disinfettante (per esempio l'uso del decalcificante per i gorgogliatori/umidificatori);
 - un appropriato risciacquo con acqua sterile, per rimuovere il prodotto rimanente;

	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 11/13
---	---	--

- Asciugare il materiale e riporlo nei locali dedicati in base alla tipologia di presidio (tutti i presidi devono essere riposti in luoghi puliti e protetti dalla polvere e dal contatto con materiale potenzialmente infetto).
- Usare solo ACQUA STERILE per dispositivi usati per l'umidificazione e la nebulizzazione – NON ACQUA DEMINERALIZZATA;
- Nel caso di nebulizzatori (terapia con aerosol) sostituire il kit (maschera + nebulizzatore + tubo di collegamento).

N.B.: Non lasciare nelle stanze di degenza attrezzatura per ossigeno terapia NON IN USO. L'uso di acqua NON STERILE (come la demineralizzata) rappresenta un rischio microbiologico.

La disinfezione o sterilizzazione dei presidi PLURIUSO respiratori o comunque quelli a contattato con le vie respiratorie, in alternativa dell'ipoclorito di sodio al 2,7% e 5%, può essere utilizzato l'ACIDO PERACETICO disponibile dal magazzino centrale Kronosan. Questo va utilizzato secondo le indicazioni riportate dalla scheda tecnica e dall'etichetta presente sul prodotto.

Shock termico

Lo shock termico è una misura di prevenzione e di bonifica dell'impianto idrosanitario. Quest'attività deve essere effettuata solo ed unicamente dal personale formato e delegato dalla Direzione di ICC.

Per essere efficace lo shock termico bisogna:

- se possibile, svuotare preventivamente il boiler, pulirlo e decontaminarlo con il cloro;
- portare la temperatura dell'acqua a 70-80 °C per 3 giorni e far scorrere da ogni utenza (o da quelle ritenute da bonificare) per circa 30 minuti, ogni giorno designato per lo shock termico, comunque per tre giorni consecutivi;
- la temperatura dell'acqua, ad ogni punto di sbocco, non deve essere inferiore a 70 °C durante tutto il periodo di trattamento;
- redigere un *report* dell'operazione eseguita ed inviare una copia alla Direzione Sanitaria.

Bonifica dei *boiler* con calore o cloro

L'operazione di bonifica dei *boiler* deve avere cadenza semestrale e deve avvenire secondo quanto segue:

- **Pulizia del bollitore (deve sempre avvenire della bonifica con calore o cloro):**
 - Chiudere il circuito di acqua calda sanitaria che alimenta il *boiler*;
 - Svuotare tutto il bollitore dalla valvola di fondo (non deve uscire più calcare e residui);
 - Pulire bene la valvola di fondo, quindi rimuovere le incrostazioni interne utilizzando getti di aria o acqua compressa.
- **Shock termico:**
 - Dopo aver concluso le predette attività di pulizia del boiler, questo va riempito di acqua alla temperatura di 70-80 °C, per un periodo di 2 ore;
 - Successivamente ripristinare la temperatura di esercizio;
 - Riportarlo a 70-80 °C nei due giorni successivi, sempre per almeno 2 ore.

	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 12/13
---	---	--

- **Shock con cloro**

- Riempire il *boiler* con acqua e disinfettante (ipoclorito di sodio); la temperatura dell'acqua non >30 °C e la concentrazione del cloro deve essere 50mg/litro o 20mg/litro (la concentrazione determina la durata del trattamento);
- Se 50mg/litro trattamento di 1 ora, se 20mg/litro 2 ore;
- Al termine del periodo di azione della soluzione il bollitore va vuotato e risciacquato per rimuovere tutto il disinfettante rimasto;
- Ricollegare il circuito.

7.2.CASI DI POSITIVITÀ ALLA LEGIONELLA NELL'IMPIANTO IDRICO

Di seguito sono riportate le attività da effettuare in caso di positività alla Legionella e alla concentrazione di questa negli impianti (UFC/litri).

- **Legionella fino a 100 UFC/litro** – Nessun intervento da attuare
- **Legionella tra i 101 e 1000 UFC/litro:**
 - **In assenza di casi** – se meno del 30% dei campioni prelevati risulta positivo, ricampionare l'impianto idrico almeno dagli stessi punti di prelevamento risultati positivi, verificare che sia stati applicate correttamente tutte le azioni di prevenzione. Se il risultato rimane invariato, bisogna effettuare una revisione della valutazione del rischio tale da indentificare le azioni correttive da applicare e monitorare;
 - **In presenza di casi** – effettuare una revisione della valutazione del rischio ed effettuare una disinfezione dell'impianto idrico.
- **Legionella tra i 1001 e 10000 UFC/litro:**
 - **In assenza di casi** – Se meno del 20% dei campioni risulta positivo, l'impianto idrico deve essere ricampionato almeno dagli stessi punti di prelevamento risultati positivi, verificare che sia stati applicate correttamente tutte le azioni di prevenzione. Se il risultato rimane invariato, bisogna effettuare una revisione della valutazione del rischio tale da indentificare le azioni correttive da applicare e monitorare;
 - **In presenza di casi** – effettuare una revisione della valutazione del rischio (identificare nuove azioni correttive da applicare) ed effettuare una disinfezione dell'impianto idrico. L'impianto idrico deve essere ricampionato dopo la disinfezione almeno dagli stessi punti di prelevamento risultati positivi.
- **Legionella superiore a 10001 UFC/litro** – sia in presenza che in assenza di casi, l'impianto deve essere sottoposto a una disinfezione e devono essere sostituiti i terminali degli erogatori risultati positivi. Inoltre, va effettuata una revisione della valutazione del rischio, l'impianto deve essere ricampionato, almeno dagli stessi punti di prelievo risultati positivi.

7.3.MISURE PER LA TUTELA DEGLI OPERATORI ADDETTI ALLA MANUTENZIONE DI IMPIANTI IDRICI E AEREAULICI

Gli operatori dedicati alla manutenzione o alla pulizia di sistemi di smaltimento del calore umido o di altri dispositivi produttori di aerosol, sono da ritenersi lavoratori ad alto rischio di esposizione per Legionella.

	PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DA LEGIONELLA	PO 55 REV. 0 Pag. 13/13
---	---	--

Per gli operatori addetti alla decontaminazione degli impianti idrici ed aeraulici, inoltre, si raccomanda l'uso di DPI aggiuntivi quali guanti di gomma, occhiali e tute protettive.

7.4. GESTIONE DEI DPI E ATTREZZATURE

Ogni operatore che si adopera nella pulizia e disinfezione dell'unità respiratoria del paziente deve necessariamente utilizzare guanti monouso e occhiali protettivi, in modo tale da essere protetto in caso di schizzi accidentali.

Nella fase di decontaminazione, l'operatore, oltre ai guanti monouso, indossare tutti i DPI indicati nella scheda tecnica/sicurezza del decontaminante.

Naturalmente prima e dopo l'uso dei guanti per queste manovre, va eseguita la corretta igiene delle mani.

In caso di sterilizzazione del gorgogliatore/umidificatore, per le indicazioni sulla corretta gestione dei DPI si deve far riferimento alla procedura dedicata (*P-040.03 Sterilizzazione Strumentario*).

La scheda tecnica o manuale d'uso del gorgogliatore/umidificatore deve essere conservata, in quanto riporta le corrette modalità di utilizzo e disinfezione dello strumentario (quali disinfettanti usare, quali componenti sono autoclavabili e con quale ciclo, etc.).

7.5. CAMPIONAMENTO MICROBIOLOGICO

Per quanto riguarda il piano di campionamento per la Legionella, questo viene deciso a livello di Gruppo, in modo tale da allineare i controlli di tutte le Strutture GVM.

L'Ufficio Tecnico e il DS ricevono il calendario dei campionamenti microbiologici da parte dell'UT di GVM.

8.0 MODALITÀ PER LA FORMAZIONE E DIFFUSIONE SULLA SEGUENTE ISTRUZIONE OPERATIVA

A seguito di redazione e approvazione, la procedura viene messa a disposizione del personale dei reparti interessati sul server aziendale.

Il RSGQ invia una e-mail e/o informa personalmente il personale interessato invitandolo a:

- leggere la procedura;
- richiedere delucidazioni in caso di incomprensioni.

9.0 CONTRIBUTI PER LA REDAZIONE DEL DOCUMENTO

Hanno contribuito alla redazione del documento:

- Direttore Sanitario
- Ufficio Tecnico di ICC
- RSGQ
- Gameta Impianti S.r.l.

	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 2/14
---	--	---------------------------------------

INDICE

1. PREMESSA	3
2. SCOPO	4
3. APPLICABILITÀ	4
4. RIFERIMENTI.....	4
5. RESPONSABILITÀ	4
6. DEFINIZIONI.....	4
7. CARATTERISTICHE DEL PRESIDIO	5
8. MODALITÀ OPERATIVE	7
8.1 TECNICA <i>STERILE</i> A DUE OPERATORI	8
8.2 TECNICA <i>PULITA</i> A UN OPERATORE	10
8.3 GESTIONE DELLA SACCA DI RACCOLTA	10
8.4 SVUOTAMENTO DELLA SACCA DI RACCOLTA.....	11
8.5 CATETERISMO VESCICALE A INTERMITTENZA	12
8.6 RIMOZIONE DEL CV	12
9. GESTIONE DEL PAZIENTE CATETERIZZATO – VALUTAZIONI, COMPLICANZE E RELATIVI INTERVENTI	13
10. CONTRIBUTI PER LA REDAZIONE DELLA PRESENTE PROCEDURA	14
11. MODALITÀ PER LA FORMAZIONE E DIFFUSIONE SULLA SEGUENTE PROCEDURA	14

	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 3/14
---	--	---------------------------------------

1. PREMESSA

I **cateteri vescicali** sono presidi sterili che devono essere inseriti ed eventualmente posizionati solo dopo una precisa indicazione clinica del MED. La rimozione deve avvenire il prima possibile non appena l'indicazione al posizionamento decada, in quanto la minzione spontanea deve essere sempre preferita al cateterismo.

I cateteri possono essere a intermittenza o a permanenza.

Il cateterismo deve essere evitato sempre, tranne nei casi in cui è necessario (in base alla patologia del paziente, il livello di autosufficienza, etc.).

Secondo la IDSA il cateterismo è consigliato nei seguenti casi:

- Ritenzione urinaria *NON RESPONDER* a trattamenti conservativi e/o invasivi oppure non candidabili a chirurgia dove non è possibile utilizzare metodi alternativi di drenaggio urinario;
- Incontinenza urinaria nel paziente con malattia in fase terminale;
- Frequente e urgente necessità i monitoraggi della diuresi in soggetti critici.

Secondo altre fonti in letteratura, le altre indicazioni per il posizionamento del CV sono:

- Ritenzione urinaria acuta o ostruzione urinaria;
- Procedure chirurgiche selezionate:
 - Pazienti sottoposti ad interventi urologici o altri interventi su strutture/organi limitrofe al tratto genito-urinario;
 - Interventi chirurgici prolungati (in questi casi il CV va rimosso nell'immediato post-operatorio);
 - Pazienti per i quali è prevista l'infusione di alti volumi di liquidi e/o di diuretici in fase intra-operatoria o durante la degenza;
 - Interventi che richiedono una vescica vuota e stabilmente drenata.
- Per aiutare la guarigione di lesioni cutanee (come le LDP) sacrali o perineali nei pazienti incontinenti e/o allettati;
- Migliorare il conforto nei pazienti terminali;
- Pazienti per i quali è necessaria l'immobilizzazione (interventi alla colonna vertebrale, politraumi, etc.);
- Disfunzione neurologica della vescica;
- Macroematuria e piuria.

Le **CAUTI** rappresentano il 75% delle IVU (CDC di Atlanta 2017) e sono infezioni con coltura positiva riscontrata in pazienti portatori di CvaP da almeno 2 giorni (il 15-25% dei degenti è sottoposto a cateterismo durante la degenza e di questi il 30% sviluppa batteriuria dopo 2-10 giorni).

Questa tipologia di IVU sono associate a ospedalizzazioni prolungate, riammissioni nelle strutture sanitarie e aumento della mortalità (il 3,6% dei pazienti affetti da CAUTI sviluppa infezioni secondarie pericolose per la vita con tassi di mortalità del 10-33%).

	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 4/14
---	--	---------------------------------------

2. SCOPO

La presente procedura ha la finalità di delineare tutte le indicazioni in merito alla pratica del cateterismo vescicale uniformandone le attività in tutti i reparti e servizi di ICC, in modo tale da prevenire le CAUTI.

3. APPLICABILITÀ

L'istruzione si applica in tutti i reparti e servizi di ICC.

4. RIFERIMENTI

- UNI EN ISO 9001:2015 "Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti"
- <https://www.nurse24.it/studenti/standard/ridurre-infezioni-vie-urinarie-catetere-vescicale.html>
- <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-genitourinari/infezioni-delle-vie-urinarie/infezioni-delle-vie-urinarie-associate-al-cateterismo>
- Prevenzione delle Infezioni del Tratto Urinario associate a Catetere, IFIC – Concetti base nel controllo delle infezioni, capitolo 18, 2016;
- <https://www.rischioinfettivo.it/www.rischioinfettivo.it/CAUTI#:~:text=Pu%C3%B2%20esser e%20definita%20CAUTIs%20%2D%20Catheter,giorni%20di%20calendario%20%5B3%5D.>
- <https://www.nurse24.it/studenti/procedure/sostituzione-catetere-vescicale-ogni-quanto-perche.html#:~:text=non%20sia%20praticabile,-Ad%20oggi%20non%20ci%20sono%20prove%20efficaci%20su%20quale%20sia,di%20infez ioni%20delle%20vie%20urinarie.>
- <https://www.nurse24.it/oss/operatore-socio-sanitario/svuotamento-sacca-raccolta-urine-con-catetere-a-circuito-chiuso.html>
- Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract, CDC di Atlanta, 2009, ultimo aggiornamento del 2017

5. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità proprie di ciascuna figura professionale, per l'esecuzione delle attività di seguito descritte, sono definite secondo quanto descritto all'interno dell'istruzione, richiamiamo comunque le figure salienti quale:

- DS
- MED responsabile di reparto e servizio
- CI dei reparti e servizi
- Personale INF
- RSGQ

6. DEFINIZIONI

GVM	Gruppo Villa Maria
ICC	Istituto Clinico Casalpalocco
DS	Direttore Sanitario/Direzione Sanitaria
CI	Coordinatore Infermieristico
MED	Medico
INF	Infermiere/Infermieristico
PZ	Paziente
CAUTI	Infezioni del Tratto Urinario Correlate a Catetere

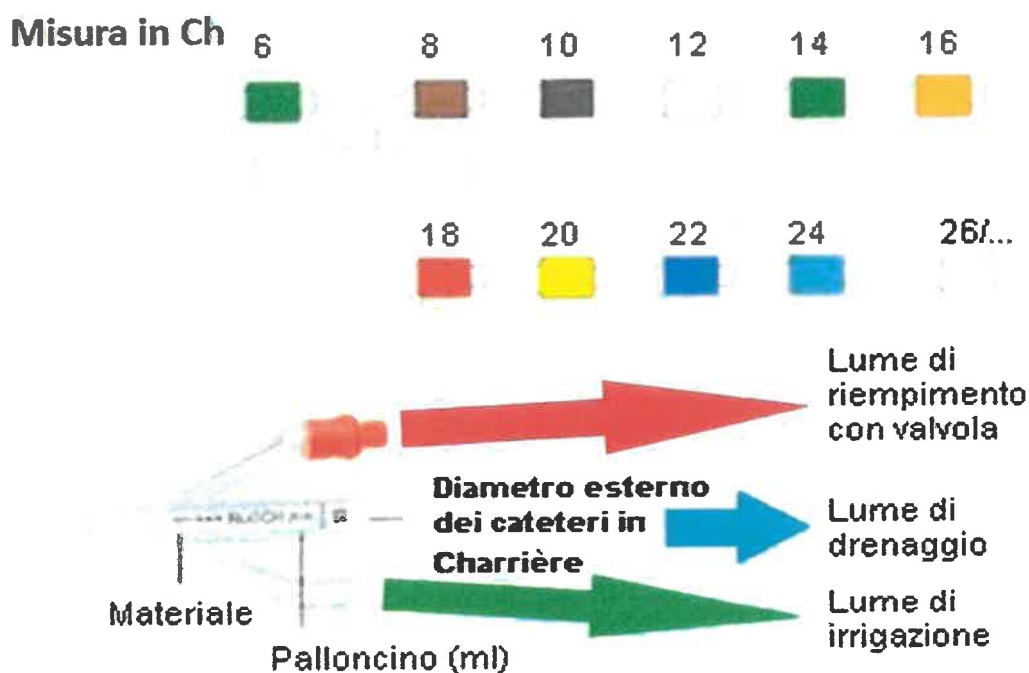
	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 5/14
---	--	---------------------------------------

LDP	Lesione Da Pressione
IVU	Infezioni delle Vie Urinarie
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
Ch	Charrière (1Ch=1/3 millimetro ovvero 0,33mm)
Fr	French
ml/mL	Millilitri
cm	Centimetri
mm	Millimetri
NB	Nota Bene
PV	Parametri Vitali
AC	Azione Correttiva
OPE	Operatore Esecutore
OPC	Operatore Collaboratore
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
PVC	Polivinilcloruro
ROT	Rifiuti Ospedalieri Trattabili
CVaP	Catetere Vescicale a Permanenza
CVI	Cateterismo Vescicale Intermittente
CDC	Center of Disease Control and prevention
IDSA	<i>Infectious Disease Society of America</i>

7. CARATTERISTICHE DEL PRESIDIO

I cateteri si classificano in base a tre parametri:

- **Calibro** – misurato in Ch (6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26) o Fr e corrisponde al diametro del CV (vedere immagine seguente);

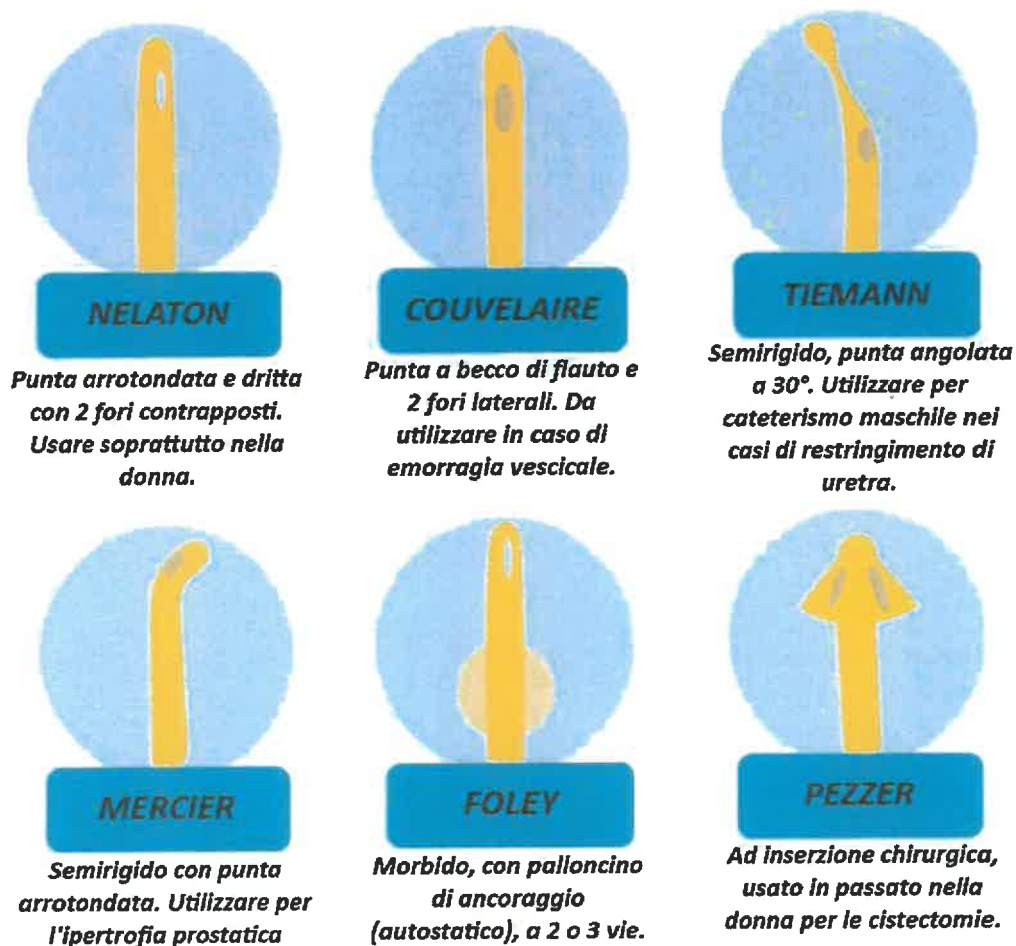


	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 6/14
---	--	---------------------------------------

- **Materiale del catetere** (che ne influisce la consistenza – rigida, semi-rigida, molla – e la durata – vedere tabella seguente) che può essere di vario genere/natura; nello specifico:

MATERIALE	DURATA	NOTE
Lattice	Breve	Data la superficie liscia è favorita la formazione di incrostazione. Consistenza morbida.
Lattice Teflonato	Breve-media	Materiale inerte. Riduzione della reazione uretrale
Lattice Siliconato	Medio-lunga	Materiale inerte. Consistenza morbida.
Silicone	Medio-lunga	Materiale inerte. Consistenza morbida.
Hydrogel e sali di argento	Lunga	Materiale interno in lattice. Il rivestimento evita la formazione di incrostazioni e la colonizzazione batterica.
PVC	Breve	Materiale innocuo, basso rischio irritazione mucosa, indicato per CVI.

- **Numero di vie ed estremità:**
 - 1 via – normalmente per CVI
 - 2 vie – una per l'ancoraggio (palloncino) e una per il drenaggio;
 - 3 vie – una per l'ancoraggio (palloncino), una per il drenaggio e una per l'irrigazione.
- **Struttura del presidio**



	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 7/14
---	--	---------------------------------------

8. MODALITÀ OPERATIVE

Le varie azioni riportate nella presente procedura seguono l'algoritmo operativo di *PREPARAZIONE, ESECUZIONE E RIORDINO*.

Di seguito verranno presentate le uniche tecniche consentite per effettuare il cateterismo vescicale (sterile e pulita con presidi sterili).

La procedura **STERILE** necessita della presenza di due operatori, è tecnicamente complessa rispetto a quella pulita ed è più costosa (maggior consumo di presidi).

Durante questa procedura assistenziale bisogna rammentare che:

- Le mani dell'operatore sono il primo veicolo di infezioni – è fondamentale eseguire la corretta igiene della mani e usare gli idonei DPI;
- La zona intorno al meato urinario è contaminata – eseguire la corretta detersione dei genitali esterni e del meato urinario
- Le prime vie urinarie **NON** sono sterili, ma sono colonizzate da una flora di microrganismi protettivi.

I materiali/dispositivi comunemente usati per il cateterismo (sia sterile che pulito) sono i seguenti:

- Padella (preferibilmente monouso);
- Reniforme (preferibilmente monouso)
- Materiale per l'igiene del PZ;
- Guanti sterili e non (nella scelta dei guanti fare attenzione ad eventuali allergie del PZ);
- Lubrificante con anestetico locale (preferibilmente monodose);
- Siringa sterile;
- Soluzione fisiologica sterile (0,9%) e antisettico per antisepsi della cute del paziente;
- Materiale per lavaggio antisettico e sociale delle mani;
- Catetere/i;
- Sacca di raccolta;
- Supporto per la sacca;
- Tappo a cono per catetere (nel caso del posizionamento di un CV a 3 vie);
- Garze sterili;
- Carrello per piano di lavoro;
- Paravento per garantire la privacy (nel caso della presenza di altri pazienti nella stanza di degenza; naturalmente è fondamentale chiudere la porta della camera).

In entrambe le tecniche, prima dell'esecuzione di tutte le azioni definite nei paragrafi che seguono, l'operatore deve identificare correttamente il paziente (identificazione attiva e documentale), rispettarne la privacy (chiudere la porta, posizionare il paravento, etc.) e chiedere la presenza di eventuali allergie (lattice, etc.) e, in caso positivo, verificarne la veridicità a livello documentale.

Per la corretta gestione di eventuali emergenze, gli/lo operatori/e che entra nella stanza di degenza deve segnalare la propria presenza attraverso il sistema/dispositivo luminoso/visivo disponibile in ogni camera dei reparti (luce *verde* operatore all'interno del locale) attivabile tramite una pulsantiera dedicata.

	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 8/14
---	--	---------------------------------------

8.1 TECNICA **STERILE** A DUE OPERATORI

Il questo caso l'OPE è "sterile".

AZIONE OPC	AZIONI OPE
Lavaggio mani SOCIALE	Lavaggio mani ANTISETTICO
Indossare guanti NON sterili monouso e posizionare nell'immediate vicinanze il contenitore dei ROT	Valutazione del posizionamento del PZ in base alle caratteristiche dello stesso (mobilità, sesso, conformazione, peso, etc.)
Apertura confezione guanti STERILI per l'OPE	Indossare correttamente i guanti STERILI (2 paia)
Posizionare telo sterile sul tavolo servitore e porgere all'OPE il materiale sterile con tecnica asettica	Posizionare il materiale sterile sul tavolo servitore
Versare l'antisettico monouso (a caduta) sul materiale dedicato all'antisepsi della cute	Eseguire l'antisepsi della cute interessata (naturalmente dopo aver eseguito le cure igieniche, se necessarie): • DONNA - trattare il meato urinario, partendo dal l'alto verso il basso e dall'interno verso l'esterno (un tampone per ogni passaggio); • UOMO – abbassare il prepuzio e trattare con movimento circolari la zona del meato urinario fino verso lo scroto.
Aprire la confezione del lubrificante (preferibilmente mono-dose e con anestetico locale – attenzione eventuali ALLERGIE) e porgerlo all'OPE con tecnica asettica. Se non presente in monodose, versare a caduta il lubrificante su delle garze sterili o direttamente sul catetere e, nell'uomo, sul meato urinario. In alternativa, preparare una siringa da 10/20ml con lubrificante (senza ago).	Rimuovere primo paio di guanti. Lubrificare l'uretra (in caso di PZ maschio) nel caso sia presente l'introduttore del lubrificante.
Porgere all'OPE con tecnica asettica il catetere scelto (attenzione eventuali ALLERGIE al lattice)	Lubrificare il catetere
Preparare: • la sacca di raccolta (se è presente la valvola di scarico, controllarne la chiusura) e collegarla con tecnica asettica al CV; • il tappo a cono (in caso di CV a 3 vie) e posizionarlo con tecnica asettica; • siringa caricata con fisiologica sterile allo 0,9% (quantità massima indicata sul catetere in ml) per il palloncino di	Posizionamento del telino sterile. Eseguire il cateterismo: • DONNA – con due dita (di cui uno è il pollice) allargare le grandi labbra e identificare il meato urinario. Afferrare il CV a 5-7 cm dalla punta e inserirlo lentamente e con movimenti circolari nell'uretra, se in vescica si vedrà la fuoriuscita di urine. Tenere stretto il CV all'altezza del meato e gonfiare il

	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 9/14
---	--	---------------------------------------

ancoraggio; valutarne il corretto funzionamento prima dell'introduzione in vescica	palloncino e valutarne l'ancoraggio. • UOMO – con la mano NON dominante mantenere l'asta perpendicolare all'addome, con la mano dominante afferrare il CV a 2,5-5 cm dalla punta e inserire il catetere lentamente e con movimenti circolari. Appena si percepisce una resistenza al passaggio (resistenza prostatica), abbassare l'asta verso lo scroto/orizzontale rispetto all'addome e continuare l'inserimento fino alla comparsa delle urine. Tenere stretto il CV all'altezza del meato e gonfiare il palloncino e valutarne l'ancoraggio. NB: NON FORZARE l'introduzione del catetere (rischio lesioni, creazione di una "falsa via", forte dolore, etc.), assicurare il PZ, rispettare la privacy, valutare eventuali segni e sintomi di aggravamento dello stato clinico del PZ (sudorazione profusa, fame d'aria, agitazione psico-motoria, cute pallida, etc. e avvisare il MED), invitare il PZ a respirare profondamente.
Controllare la fuoriuscita di urina	Dopo una prima quantità di 600ml, clampare il tubo di drenaggio per 30 secondi. Ripetere questa azione ad intervalli di 300ml di urina fino a completo svuotamento della vescica
Dopo aver confermato il corretto posizionamento del CV e il defluire delle urine: • Eseguire l'igiene della zona interessata e asciugare la cute; • Fissare il CV alla coscia del PZ per ridurne la mobilità e prevenire trazioni accidentali; • In caso di PZ allettato, posizionare il tubo di drenaggio al di sopra delle gambe e con la sacca di raccolta al di sotto del livello della vescica; • Controllare che, in caso di sacca a circuito aperto, la valvola non tocchi il pavimento; • Rimuovere i rifiuti da smaltire (guanti, confezioni dei presidi, etc.); • Eseguire l'igiene delle mani; • Riordino e smaltimento del materiale restante.	
Informare il PZ sulle varie accortezze da tenere presente durante la mobilitazione e le attività di vita quotidiana.	
Riportare nella diaria: • Tipologia di CV • Calibro • Numero di vie • Quantità delle urine defluite • Qualità delle urine (chiare, purulente, presenza di frustoli, etc.)	

	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 10/14
---	--	--

- Ore e data del posizionamento e data di sostituzione/rimozione

8.2 TECNICA **PULITA** A UN OPERATORE

Il questo caso c'è solo l'OPE ed è "pulito".

AZIONI OPE
Eseguire l'igiene delle mani e indossare i DPI
Preparare tutto il materiale occorrente vicino al letto di degenza (carrello o servitore) e posizionare il contenitore dei ROT nell'immediate vicinanze
In caso di PZ collaborante, chiedere al PZ di posizionarsi: • Supino con le gambe divaricate (uomo). • Con le ginocchia flesse, piedi divaricati e gambe abdotte (donna).
Indossare i guanti monouso non sterili ed eseguire l'igiene intima.
Rimuovere i guanti puliti, aprire la confezione dei guanti sterili ed effettuare il lavaggio antisettico delle mani
Indossare i guanti sterili e posizionare il telino sterile
Aprire il materiale sterile. Porre le garze sterili all'interno della reniforme e poi versare a caduta la soluzione antisettica
Eseguire l'antisepsi del meato uretrale come spiegato nel paragrafo precedente
Lubrificare l'uretra come spiegato nel paragrafo precedente
Preparare: • Catetere • Sacca di raccolta • Tappo a cone, nel caso di CV a 3 vie.
Eseguire il cateterismo come riportato nel paragrafo precedente.
Tutte le restanti attività coincidono con quelle riportate nel paragrafo precedente.

8.3 GESTIONE DELLA SACCA DI RACCOLTA

La gestione della sacca di raccolta è un'attività estremamente importante per la prevenzione delle IVU. Le urine presenti in questo presidio rappresentano un terreno di cultura per batteri e altri microrganismi potenzialmente dannosi per il PZ.

Lo stesso smaltimento della sacca di raccolta è un'attività che mira a prevenire la trasmissione di eventuali infezioni paziente-operatore e operatore-operatore.

È fondamentale:

- Svuotare la sacca almeno ogni 8 ore per evitare il ristagno di urine e la proliferazione di microrganismi, oppure
- Svuotarla/sostituirla quando la quantità di urine la arriva ai $\frac{3}{4}$ della capienza, ciò serve per evitare la risalita delle urine nel tubo di drenaggio e la proliferazione di microrganismi.
- In caso di circuito aperto (valvola) questa NON deve toccare il pavimento e quando utilizzata deve essere gestita correttamente per evitarne la contaminazione (disinfettare la valvola con garza + disinfettante);
- Nel caso di sostituzione della sacca (scollegamento tubo della sacca/CV) bisogna fare estrema attenzione a non contaminare il lume di drenaggio (tecnica asettica);

	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 11/14
---	--	--

- Fare attenzione a non creare piegature del tubo di drenaggio;
- Nel caso in cui ravvista CLINICAMENTE DAL MEDICO UNA PATOLOGIA TRASMISSIBILE tramite urine, le sacche non dovranno essere svuotate ma smaltite all'interno di contenitori di plastica rigida per i ROT, riportanti la dicitura *Rifiuti sanitari pericoli a rischio infettivo* con il contrassegno R;
- In caso di urine NON CONTAMINATE, queste possono essere svuotate nel sistema fognario (water del bagno della stanza) e la sacca smaltita nel contenitore dei ROT.

8.4 SVUOTAMENTO DELLA SACCA DI RACCOLTA

Materiali necessari

- Contenitore per la raccolta urine;
- Sacca per la raccolta pulita;
- Contenitore dei ROT per lo smaltimento del materiale potenzialmente infetti;
- DPI (guanti non sterili monouso e paraschizzi/occhiali protettivi);
- Disinfettante e garze/tamponi di garza.

Il questo caso c'è solo l'OPE ed è "pulito".

AZIONI OPE	
Preparare il materiale	
Identificare il PZ	
Garantire la privacy del paziente e informarlo sulla procedura	
Eseguire l'igiene delle mani (sociale) e indossare i DPI	
Misurare la quantità di urina	
Sacca a circuito APERTO (valvola di drenaggio)	Sacca a circuito CHIUSO (senza valvola)
Non scollegare il tubo di drenaggio dal CV	Scollegare il tubo di drenaggio dal CV
Disinfettare la valvola di scarico	Evitare il contatto del lume di drenaggio del CV con superfici potenzialmente contaminate (proteggerlo con le garze imbevute di disinfettante)
Posizionare il contenitore per la raccolta urine	Smaltire la sacca nei contenitori per i ROT dedicati
Aprire la volta e far defluire le urine, facendo attenzione a eventuali schizzi (rischio infettivo)	Collegare con tecnica asettica la nuova sacca al CV:
Chiudere la valvola e disinfettarla	• nel caso in cui il connettore della sacca sia protetto da un tappo, rimuovere quest'ultimo poco prima del collegamento al lume di drenaggio;
Svuotare le urine nella rete fognaria	• nel caso in cui il connettore sia sprovvisto di tappo di protezione, disinfettarlo e poi collegarlo al lume dedicato.
Introdurre il contenitore usato nel lavapadelle	Fissare la sacca con l'apposito gancio, mantenendo il presidio di raccolta ad un livello inferiore rispetto alla vescica del PZ
Smaltire i DPI ed eventuali materiali (sacca di raccolta sostituita, garze, tamponi, etc.) nel contenitore dei ROT	

	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 12/14
---	--	--

Eeguire l'igiene delle mani (sociale)
Riordinare il materiale
Riportare le varie informazioni delle urine (quantità, colore, presenza di materiale corpuscolare, pus, frustoli, sangue, etc.) nella diaria della CC e informare il MED in caso di eventuali anomalie-

8.5 CATETERISMO VESCICALE A INTERMITTENZA

La azioni da mettere in atto coincidono con quelle dei paragrafi precedenti, cambia solo il CV (non ad ancoraggio, come per esempio il nelaton).

Questa tipologia di pratica assistenziale ha come obiettivo la prevenzione della ritenzione urinaria o l'incontinenza attraverso lo svuotamento della vescica ad intervalli ripetuti e regolari.

Data la ripetizione della manovra nell'arco del periodo di degenza, il rischio infetti è molto elevato e quindi deve essere effettuata con un livello di pulizia elevato.

8.6 RIMOZIONE DEL CV

La rimozione del CV è un'attività estremamente importante per la salute del PZ e il suo decorso clinico.

Allo stato attuale non ci sono prove su quale sia la frequenza ottimale per la sostituzione del CV; nello specifico secondo le Linee Guida del CDC di Atlanta (*Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract*, ultimo aggiornamento del 2017) la sostituzione routinaria o a intervalli prestabiliti del CV NON È RACCOMANDATA.

Questa attività deve essere eseguita in base alle indicazioni cliniche (presenza di un'infezione, ostruzione del *device*, stato generale del PZ, dalle urine, etc.) e alle caratteristiche specifiche del catetere.

Secondo uno studio osservazionale del 2018, non si è evidenziato alcun beneficio nella sostituzione del CV alla comparsa di IVU, non riscontrando un'associazione statisticamente significativa tra la sostituzione del CV e l'insorgenza di sepsi o morte. Inoltre, la degenza dei pazienti che sono stati sottoposti a sostituzione del *device* è stata superiore di 2 giorni.

Materiali necessari

- Siringa sterile per lo svuotamento del palloncino di ancoraggio;
- Contenitore dei ROT per lo smaltimento dei materiali potenzialmente infetti;
- Guanti non sterili monouso;
- Materiale per le cure igieniche del PZ.

In questo caso c'è solo l'OPE ed è "pulito".

AZIONI OPE
Preparare il materiale
Identificare il PZ e verificare in CC la prescrizione di rimozione del CV
Garantire la privacy del paziente e informarlo sulla procedura
Eeguire l'igiene delle mani (sociale) e indossare i DPI
Posizionare il PZ come per il cateterismo
Inserire la siringa nella valvola di cuffiaggio e sgonfiare il palloncino di ancoraggio
Invitare l'assistito a respirare lentamente e profondamente, nel frattempo estrarre delicatamente il CV

	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 13/14
---	--	--

Controllare lo stato del CV (integrità, presenza di incrostazioni, sangue, materiale purulento, etc.) e smaltirlo nel contenitore dei ROT
Eseguire le cure igieniche
Rimuovere i DPI e smaltirli nel contenitore dei ROT
Supportare il PZ nella mobilitazione a letto (nel caso di dolore aiutare il PZ ad assumere la posizione più confortevole), aiutarlo a vestirsi e coprirlo con il lenzuolo/coperta
Esaminare la quantità di urina presente nella sacca di raccolta
Eseguire il cateterismo come riportato nel paragrafo precedente.
Tutte le restanti attività coincidono con quelle riportate nel paragrafo precedente.

9. GESTIONE DEL PAZIENTE CATETERIZZATO – VALUTAZIONI, COMPLICANZE E RELATIVI INTERVENTI

Il paziente cateterizzato è una persona che necessita di particolari attenzioni sia durante la manovra oggetto della procedura che il periodo di degenza e cateterizzazione.

La documentazione sanitaria (CC, diaria, referti di laboratorio, PV, etc.) è un alleato fondamentale per il personale sanitario, soprattutto quello INF, in quanto rappresenta una traccia medico-legale dell'andamento clinico-assistenziale dell'assistito.

Informazioni documentali

Nello specifico del PZ portatore di CV le informazioni che devono essere **SEMPRE PRESENTI** sono:

- Data e ora del posizionamento
- Tipologia, calibro e numero di vie del CV
- Difficoltà nella procedura di cateterizzazione
- Colore, quantità e qualità delle urine (ematuria, purulenta, presenza di sedimenti, frustoli, etc.)
- Deflusso regolare o meno del circuito
- Eventuali complicanze emerse durante il periodo di cateterizzazione e le AC messe in atto
- Eventuali indicazioni del MED (irrigazione, cambio del CV, etc.)
- Stato della cute del meato urinario, glande, etc.
- Dolore del PZ
- *Compliance* del PZ nella gestione del *device*

Complicanze e AC

Di seguito sono riportate le complicanze e le relative azioni correttive classificate per genere.

	COMPLICANZA	AC
DONNA	Mancato deflusso delle urine – CV nell'orifizio vaginale	Rimozione del CV e posizionamento di uno nuovo
	Mancata collaborazione dell'assistita	Chiedere aiuto ad un collega, rassicurare la PZ, se materiale contaminato sostituirlo e ricominciare con la procedura
	La PZ prova un forte dolore in fase di gonfiaggio del palloncino di ancoraggio	Interrompere la pratica, aspirare la soluzione dal palloncino, avanzare di 1-2,5cm col CV, gonfiare nuovamente lentamente il palloncino
	Perdita di urina intorno al CV	- Valutare il calibro del CV – sostituirlo con uno più piccolo

	GESTIONE DEL CATETERISMO VESCICALE E PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO CORRELATE A CATETERE (CAUTI)	PO 56 REV. 0 Pag. 14/14
---	--	--

		- Controllare il volume di soluzione utilizzato per il palloncino – se inferiore a quello indicato, inserire la quantità corretta - Se persiste la perdita, interrompere la manovra e avvisare il MED
	Flusso diminuisce e/o si interrompe	Controllare la posizione del tubo di drenaggio

	COMPLICANZA	AC
UOMO	Il PZ presenta una retrazione del pene a causa della propria conformità fisica (obesità, etc.)	Chiedere aiuto ad un collaboratore, cercare di portare verso l'alto e in avanti il pene facendo una leggera pressione alla base dell'asta
	il PZ prova un forte dolore in fase di gonfiaggio del palloncino di ancoraggio	Interrompere la pratica, aspirare la soluzione dal palloncino, avanzare di 1-2,5cm col CV, gonfiare nuovamente lentamente il palloncino
	Perdita di urina intorno al CV	- Valutare il calibro del CV – sostituirlo con uno più piccolo - Controllare il volume di soluzione utilizzato per il palloncino – se inferiore a quello indicato, inserire la quantità corretta - Se persiste la perdita, interrompere la manovra e avvisare il MED
	In caso di diminuzione del flusso e/o interruzione con presenza di urine torbide	Informare il MED e, se prescritto dallo stesso, irrigare il CV con cautela
	Flusso diminuisce e/o si interrompe	Controllare la posizione del tubo di drenaggio

10.CONTRIBUTI PER LA REDAZIONE DELLA PRESENTE PROCEDURA

Hanno contribuito alla redazione di questo documento:

- Direttore Sanitario
- RSGQ

11.MODALITÀ PER LA FORMAZIONE E DIFFUSIONE SULLA SEGUENTE PROCEDURA

A seguito di redazione e approvazione, la seguente documentazione viene messa a disposizione del personale dei reparti/servizi interessati sul server aziendale.

Il Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità invia una e-mail e/o informa personalmente il personale interessato invitandolo a:

- leggere il documento;
- richiedere delucidazioni in caso di incomprensioni

Rev.0 Prima emissione

Rev. 1 Nuovo assetto struttura

Rev. 2 in toto e per rimodulazione P.L.

REDAZIONE			VERIFICA			APPROVAZIONE		
Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto	Funzione	Data	Visto
SS	9/9/24	[Signature]	Rap	9/9/24	[Signature]	SS	9/9/24	[Signature]

INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI	3
3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. RIFERIMENTI NORMATIVI	4
5. RESPONSABILITÀ	5
5.1. Matrice delle responsabilità	5
6. MODALITÀ OPERATIVE	6
6.1. FASE PREOPERATORIA	6
6.2. FASE INTRA-OPERATORIA	8
6.3. Somministrazione dell'antibiotico profilassi	9
6.4. Profilassi dell'endocardite batterica	9
7. INDICATORI	10
8. CONTRIBUTI PER LA REDAZIONE DELLA PRESENTE PROCEDURA	10
9. MODALITÀ PER LA FORMAZIONE E DIFFUSIONE SULLA PRESENTE PROCEDURA	10

1. INTRODUZIONE

Tra la molteplicità delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano una delle sequele più frequenti e, di conseguenza, più impattanti sia per la salute del paziente che per l'Azienda operante (aumento dei costi, della degenza, etc.).

In base alla tipologia di intervento e dalle condizioni del paziente (pre e post-operatorie), le ISC possono:

- prolungare la degenza di 6-30 giorni;
- causare una riospedalizzazione;
- determinare un trasferimento/ricovero in terapia intensiva;
- aumentare in rischio di mortalità;
- determinare un consumo di antibiotici e, di conseguenza, un aumento dell'antimicrobica resistenza (AMR).

Al fine di evitare le suddette complicanze, è necessario pianificare e implementare programmi di prevenzione, sorveglianza e controllo delle ISC.

2. ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI

Abbreviazioni

ISC	Infezioni del Sito Chirurgico
AMR	<i>Anti-Microbial Resistance</i> - Antimicrobica Resistenza
ICC	Istituto Clinico di Casalpazzo
DS	Direzione Sanitaria
MED	Medico
CI	Coordinatore Infermieristico
INF	Infermiere
RAQ	Responsabile Sistema Gestione Qualità
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
CHR	Chirurgia/Chirurgo
ICHR	Intervento Chirurgico
SO	Sala Operatoria
BO	Blocco Operatorio
ANE	Anestesista
PZ	Paziente
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
WHO	<i>World Health Organization</i>

Definizioni

INFEZIONE	Si intende la presenza di segni clinici locali o sistemici di infezione, accompagnati o meno dall'isolamento del microrganismo patogeno da essudato o da tessuto. La diagnosi può essere posta dal chirurgo o da medico incaricato della rilevazione.
ICA	Sono infezioni insorte nel corso del ricovero ospedaliero o durante l'accesso all'assistenza sanitaria che non erano precedentemente manifeste clinicamente o in incubazione.

- ISC** Infezioni causate da microrganismi che entrano in contatto con il sito chirurgico (per cause endogene – come la flora microbica del paziente - e/o esogene – personale del reparto).
- ISC-S** *Superficiale*: Comparsa entro 30 giorni dall'intervento, con interessamento solo di cute e sottocute.
- ISC-D** *Profonda*: Comparsa entro 30 giorni dall'intervento (entro un anno se si tratta di impianto di materiale protesico), con interessamento dei tessuti molli profondi.
- ISC-O** *Infezione di organo/cavità*: Comparsa entro 30 giorni dall'intervento (entro un anno se si tratta di impianto di materiale protesico), con interessamento di organi o cavità non interessate dall'intervento.
- ASEPSI** Pratica chirurgica che consiste nella preparazione e mantenimento di un ambiente sterile in SO al fine di prevenire le infezioni.
- DOLORABILITÀ** Reazione dolorosa a un'opportuna manovra semeiotica – manovra finalizzata a evocare determinati segni che se positivi possono essere considerati indicatori utili per una diagnosi.

3. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

L'obiettivo fondamentale della presente procedura è promuovere tutte quelle attività di prevenzione delle ISC.

Le indicazioni del presente documento devono essere applicate da tutto il personale sanitario e socio-sanitario in forza presso l'ICC.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI

- European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections: surgical site infections - Annual Epidemiological Report for 2018–2020 Stockholm: ECDC; 2023
- CDC - National Healthcare Safety Network (NHSN) Surgical Site Infection (SSI) Events – January 2023;
- Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. World Health Organization (WHO); 2018;
- CDC Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017 – JAMA Surg. Vol.152, n.8, pp. 784-791;
- Decreto del Commissario ad Acta 7 novembre 2017, n. U00469 “Adozione del Manuale di Accreditamento delle Strutture Sanitarie e Socio-sanitarie”
- https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2203/LINEE_GUIDA_OMS.pdf ;
- “Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza”, Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia, 2016;
- UNI EN ISO 9001:2015 “Sistemi di gestione per la qualità – Requisiti”.

5. RESPONSABILITÀ

La responsabilità della corretta applicazione del documento in questione spetta a tutto il personale sanitario operante nell'ICC in base al proprio profilo professionale di appartenenza.

I MED responsabili e i CI dei reparti devono monitorare e verificare la corretta applicazione di tutte le azioni riportate nella procedura.

5.1. Matrice delle responsabilità

Legenda: R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato relativamente allo svolgimento dell'attività

FASE PRE-OPERATORIA				
Attività	MED CHR	INF di reparto	CI	OSS
Tricotomia	C	R	C	I
Rimozione protesi dentarie mobili, acustiche, lenti a contatto	C	R	C	I
Rimozione monili, preziosi e smalto	I	R	C	I
Controllo parametri vitali	C	R	I	-
Identificare e trattamento eventuali infezioni prima dell'ICHR	R	C	C	-
Identificazione di eventuali lesioni presenti sull'arto da operare	C	R	C	I
Profilassi antibiotica	R	C	C	-

FASE INTRA-OPERATORIA				
Attività	MED CHR	INF di SO	CI del BO	ANE
Rispetto dell'asepsi	R	R	R	R
Verifica degli ambienti, attrezzature ed elettromedicali	R	R	R	R
Controllo Temperatura	C	R	C	C
Controllo parametri vitali	C	R	I	C
Tecnica CHR	R	C	C	C
Profilassi antibiotica	R	C	C	C

FASE POST-OPERATORIA				
Attività	MED CHR	INF di reparto	CI	OSS
Gestione ferita	R	C	C	I
Pulizia della ferita	C	R	C	I
Controllo eventuali ISC	R	R	C	I
Controllo parametri vitali	C	R	I	I
Terapia antibiotica	R	C	C	-
Indicazioni in dimissione	R	I	I	-

6. MODALITÀ OPERATIVE

Tutte le ISC sono classificate come infezioni ospedaliere.

Ogni ferita che presenti materiale purulento (come l'essudato) deve essere considerata sede di infezione.

La diagnosi di infezione può essere fatta anche senza un referto di cultura positiva e/o presenza di materiale purulento, a condizione che sia riscontrabile uno dei seguenti segni clinici:

- Ascesso o infezione a carico dei tessuti molli o dell'organo;
- Coltura positiva da essudato o da tessuto interessato (tampone colturale);
- Eritema, deiscenza della ferita in presenza di almeno di uno dei seguenti segni/sintomi:
 - o Febbre;
 - o Dolore localizzato
 - o Dolorabilità

Tra le pratiche più impattanti (che si vanno a sommare a quelle riportate nei paragrafi successivi) si possono annoverare le seguenti attività:

- Formazione continua del personale;
- Aggiornamento delle procedure, istruzioni operative e protocolli;
- Corretta applicazione della pratica dell'igiene delle mani;
- Corretto utilizzo dei materiali destinati all'assistenza del paziente e alla gestione della ferita chirurgica;
- Comunicazione efficace inter-disciplinare (corretta compilazione della documentazione, etc.);
- Educazione del paziente e del *caregiver*.

Nei paragrafi che seguono sono riportate le misure preventive da applicare classificate in base alla fase del percorso del paziente all'interno dell'ICC:

6.1. FASE PREOPERATORIA

Le attività da mettere in pratica in questa fase hanno lo scopo di rimuovere i micro-organismi dalla pelle del paziente e prevenirne l'eventuale proliferazione durante l'ICHR.

Le azioni preventive sono:

- **Non sottoporre un paziente con un processo infettivo in corso ad un intervento chirurgico di elezione;** posticipare lo stesso fino alla risoluzione dell'infezione;
- **Incoraggiare i fumatori a smettere,** o almeno ad astenersi dal fumo nei 30 giorni che precedono l'intervento di elezione (in particolare nei pazienti che devono eseguire protesi d'anca, ginocchio);
- **Ridurre al minimo la degenza preoperatoria,** pur permettendo un'adeguata preparazione;
- **L'équipe operatoria deve eseguire un lavaggio chirurgico preoperatorio delle mani.** Non utilizzare la spazzola. Rimuovere lo sporco sotto le unghie usando uno strumento appropriato prima di iniziare il primo lavaggio della giornata.
- **L'igiene del cavo orale,** si può effettuare una corretta igiene del cavo orale con dentifricio e soluzione antisettica a base di Clorexidina;
- **Effettuare la doccia pre-operatoria** - Prescrivere al paziente la doccia con un detergente antisettico a base di clorexidina gluconato la sera prima e, se possibile, anche la mattina dell'intervento. Uno studio di coorte (CDC) ha evidenziato che fare la doccia con clorexidina la sera prima e la mattina dell'intervento riduce la presenza di microrganismi cutanei anche di 9 volte;
- **Tricotomia** - Secondo le linee guida OMS, peli e capelli non dovrebbero essere rimossi, a meno che questi non interferiscano con la procedura chirurgica. Qualora lo si ritenga opportuno, procedere alla tricotomia utilizzando preferibilmente un rasoio elettrico a testina rotante monouso (*clipper*); il tempo che trascorre dall'esecuzione della stessa all'intervento deve essere il più breve possibile.
- **Disinfezione della cute** - Utilizzare un'appropriata preparazione antisettica sulla cute. Gli antisettici più comunemente usati sono: agenti iodofori (per esempio iodopovidone), i prodotti contenenti alcol e la clorexidina gluconato. La disinfezione della cute deve essere effettuata in modo concentrico, muovendosi dal centro verso la periferia del sito chirurgico. L'area disinfettata deve essere abbastanza estesa per poter eventualmente ampliare l'incisione e per crearne di nuove se necessario;
- **Profilassi antibiotica** - Praticare l'antibiotico profilassi in accordo con i protocolli e le procedure locali. Deve essere somministrata nei tempi giusti anche in rapporto alle caratteristiche farmacocinetiche dell'antibiotico utilizzato; una somministrazione più vicina al momento di incisione (< 60 minuti) sarà indicata per antibiotici con emivita breve come cefazolina, cefoxitina e penicilline in generale, mentre 120 minuti prima dell'incisione saranno necessari antibiotici con tempi prolungati di infusione, come vancomicina, e i fluorochinoloni (secondo le Linee Guida WHO 2016). Non ci sono prove a favore di una profilassi prolungata;
- **Controllo glicemia nei pazienti diabetici** - Controllare la glicemia in tutti i pazienti diabetici prima dell'intervento d'elezione e mantenere i valori al di sotto di 200mg/dl sia durante l'intervento sia nelle 48 successive;
- **Gestione del personale infetto o contaminato** - Escludere dall'attività chirurgica il personale con segni e sintomi di un'infezione trasmissibile. Il personale con lesioni cutanee infette deve essere escluso fino a che queste non si siano completamente risolte;
- **Gestione del paziente** - Prima di essere accompagnato in sala operatoria il paziente deve indossare il camice, copri-piedi e la cuffia per i capelli. Inoltre, si raccomanda di togliere: le protesi dentali e i ponti mobili, le protesi acustiche, le lenti a contatto, i monili, il trucco sul volto e lo smalto sulle unghie (sede di proliferazione batterica) perché possono impedire agli operatori di effettuare una corretta valutazione della saturazione durante l'ICHR.

6.2. FASE INTRA-OPERATORIA

Le azioni da eseguire in questa fase sono fondamentali per la prevenzione delle ISC e hanno l'obiettivo di ridurre la possibilità di moltiplicazione dei micro-organismi durante la procedura chirurgica e di ridurre l'impatto di esistenti co-morbilità sulle difese immunitarie del paziente soggetto a ICHR.

Le azioni preventive sono:

- **Garantire pedissequamente l'asepsi** nelle varie fasi (preparazione dello strumentario, degli accessori, dell'ambiente, del personale);
- **Limitare l'ingresso in SO** al solo personale necessario e limitare all'indispensabile i loro movimenti. Il personale dovrebbe porre particolare cura nei comportamenti, in particolare in caso di cambio di guanti, del camice o dei telini sterili. Asepsi di mani ed avambracci per i membri dell'equipe chirurgica. Effettuare un accurato lavaggio chirurgico pre-operatorio, utilizzando un'appropriata soluzione antisettica. I componenti del gruppo chirurgico devono evitare l'uso di unghie artificiali, smalti e monili (fonti e sedi di infezioni);
- **L'équipe operatoria** deve indossare guanti sterili; i guanti devono essere calzati dopo aver indossato il camice sterile; gli indumenti e i teli chirurgici devono essere di materiale idrorepellente; indossare una mascherina chirurgica e un copricapo o cappuccio che coprano completamente i capelli; le mascherine devono essere indossate in modo corretto, coprendo naso e bocca e sostituite ad ogni intervento ovvero ogni volta che sono contaminate o umide. Limitare per quanto possibile la durata dell'intervento. Disporre gli strumenti sterili e preparare le soluzioni immediatamente prima del loro uso. Rimuovere la flora residente dalla cute del paziente con soluzione antisettica. L'antisepsi della cute deve essere effettuata con un metodo di applicazione "avanti e in-dietro" per 30 secondi su un campo esteso rispetto al sito di incisione. Usare Clorexidina gluconato al 2% in soluzione di alcol isopropilico al 70%, superiore all'iodiopovidone, per la preparazione della pelle;
- **Tecniche chirurgiche** - Maneggiare i tessuti con cura, osservando una corretta emostasi e rimuovendo i tessuti devitalizzati e necrotici dal sito chirurgico. In caso di sospetto di sito chirurgico fortemente contaminato posticipare la chiusura della ferita, laddove sia necessario un drenaggio, utilizzare un drenaggio chiuso in aspirazione. Posizionare il drenaggio attraverso un'incisione separata da quella operatoria;
- **Mantenere la temperatura corporea del paziente tra i 36,5 e i 37°C (normotermia)** durante tutto il periodo peri-operatorio. Il mantenimento della normotermia è una raccomandazione chiave per la prevenzione delle ISC. Mantenere una condizione di equilibrio generale del paziente (un'ottimale ossigenazione, perfusione, posizionamento, etc.) è vitale nella maggior parte delle operazioni chirurgiche al fine di preservare lo stato di salute e di benessere del paziente;
- In caso di **PZ diabetico**, mantenere il livello del glucosio (<199mg/dl) per tutto il tempo dell'ICHR. Per questa tipologia di PZ è raccomandato impostare un controllo della glicemia per tutta la durata dell'intervento per prevenire il rischio delle ISC;
- **Sterilizzare tutti gli strumenti chirurgici con metodi validati**;
- Assicurare in SO una **ventilazione a pressione positiva** rispetto ai corridoi e ai locali/aree limitrofe. Sono raccomandati ≥ 15 ricambi d'aria/ora. Filtrare tutta l'aria, sia quella fresca che quella riciclata;

- **Tenere SEMPRE chiuse le porte della SO** tranne quando richiesto dal passaggio di attrezzature, del personale e del paziente;
- Considerare l'**implementazione dello screening e della profilassi** dei portatori di *Stafilococcus Aureus* nei pazienti ad alto rischio;
- **Garantire una corretta pulizia e disinfezione dei locali del BO** prima dell'inizio dell'attività operatoria, tra un ICHR e l'altro e dopo la chiusura dell'attività. Per le diluizioni, tempi di contatto e modalità d'uso dei prodotti disinfettanti fare riferimento alle schede tecniche degli stessi.

6.3. FASE POST-OPERATORIA

Le azioni da eseguire in questa fase hanno l'obiettivo di ridurre il rischio che i micro-organismi possano entrare in contatto con la ferita CHR.

Le azioni preventive sono:

- **Coprire l'incisione chirurgica con un'appropriata medicazione traspirante** alla fine dell'intervento;
- **Non toccare o rimuovere la medicazione della ferita** per le 48 ore successive all'intervento, a meno che non sia indicato clinicamente. Nella fase post-operatoria si raccomanda di proteggere l'incisione con medicazioni sterili per 24-48 ore;
- **L'utilizzo di una tecnica asettica per l'ispezione della ferita e/o per i cambi della medicazione** - Si raccomanda di usare una tecnica asettica al momento del cambio della garza di una ferita chirurgica. Per tecnica asettica si intende una serie di azioni che prevengono la trasmissione di microrganismi, come evitare di toccare aree critiche della ferita, preparare un'area di superficie che riduca il rischio di contaminazione dell'equipaggiamento sterile e l'uso di protezioni personali;
- **L'igiene delle mani** - pratica obbligatoria prima e dopo, ogni volta che la ferita è ispezionata o la medicazione viene cambiata. La corretta igiene delle mani è considerata fondamentale, così come promosso dall'OMS, con i *5 momenti per l'igiene delle mani*, per prevenire il rischio delle ISC;
- **Utilizzare un adeguato agente antisettico**;
- **La rivalutazione giornaliera della necessità di mantenere i drenaggi e rimuoverli** quando non più necessari;
- **La pulizia della ferita** - questa attività riduce la carica batterica e rimuove i detriti ed i contaminanti di superficie proteggendo nello stesso tempo il nuovo epitelio e il tessuto di granulazione;
- **Non utilizzare antibiotici topici** nelle ferite chirurgiche che si stanno rimarginando per prima intenzione;
- **Non utilizzare garza di cotone umida oppure soluzioni antisettiche a base di mercurio** per gestire le ferite chirurgiche che si stanno rimarginando per seconda intenzione;
- **Educare il paziente e i familiari/caregivers** sul miglior trattamento per la gestione della ferita; illustrare i segni e sintomi di ISC e sottolineare la necessità di comunicare tali sintomi e segni.

6.4. Profilassi dell'endocardite batterica

Nei pazienti a rischio, molte procedure diagnostiche e chirurgiche possono causare batteriemia con conseguente impianto di germi a livello di malformazioni valvolari o di altre strutture cardiache alterate.

7. CONTRIBUTI PER LA REDAZIONE DELLA PRESENTE PROCEDURA

Hanno contribuito alla redazione del documento:

- DS
- CI Degenza Chirurgica
- RAQ

8. MODALITÀ PER LA FORMAZIONE E DIFFUSIONE SULLA PRESENTE PROCEDURA

A seguito di redazione e approvazione, la procedura viene messa a disposizione del personale dei reparti interessati sul server aziendale.

Il RSGQ invia una e-mail e/o informa personalmente il personale interessato, invitandolo a:

- leggere il documento;
- richiedere delucidazioni in caso di incomprensioni.

	MONITORAGGIO DELL'ADESIONE ALLE PRATICHE DI IGIENE DELLE MANI	IO/46-01 REV.0
---	--	---------------------------

INDICE

1.0	Scopo.....	3
2.0	Applicabilità	3
3.0	Riferimenti	3
4.0	Funzioni interessate	3
5.0	Definizioni	3
6.0	Modalità operative	4
6.1.	Conduzione delle osservazioni e produzione dei report	4
6.2.	Scheda di Osservazione	5
6.3.	Calcolo dell'adesione	7
6.4.	Questionario di autovalutazione	8
6.5.	Questionario sulla tollerabilità dei prodotti per l'igiene delle mani	8
6.6.	Relazione finale.....	8
7.0	Allegati	8

	MONITORAGGIO DELL'ADESIONE ALLE PRATICHE DI IGIENE DELLE MANI	IO/46-01 REV.0
---	--	---------------------------

1.0 Scopo

La presente procedura ha lo scopo di definire le modalità con le quali effettuare il monitoraggio dell'adesione alle pratiche di igiene delle mani, tramite l'osservazione diretta degli operatori durante le attività quotidiane di assistenza ai pazienti, nel corso delle quali si presentano molteplici "opportunità" di trasmissione di infezioni.

Il monitoraggio permette infatti di verificare le conoscenze e i comportamenti adottati dagli operatori sanitari; i risultati dell'elaborazione dei dati così raccolti consentono di individuare le eventuali carenze e gli interventi da implementare sulla formazione e l'addestramento del personale, per promuovere l'igiene delle mani.

2.0 Applicabilità

La procedura si applica a tutti i reparti e le UU.OO. e i Servizi di ICC presso i quali vengono effettuate attività di assistenza ai pazienti che presentano un rischio di trasmissione di infezioni.

3.0 Riferimenti

- *Manuale per gli osservatori – Strategia multimodale dell'OMS mirata al miglioramento dell'igiene delle mani.* Organizzazione Mondiale della Sanità, 2007. Traduzione italiana a cura di: Agenzia Sanitaria Regionale – Regione Emilia Romagna – Area di Programma Rischio Infettivo; Ministero della Salute - Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie
- *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care Is Safer Care.* Organizzazione Mondiale della Sanità, 2009.
- Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 22 – Supplemento n.2 – Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044 - Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani"

4.0 Funzioni interessate

Sono interessati dalle attività descritte nella presente procedura tutti i Reparti/Servizi di ICC.

5.0 Definizioni

- **Ambiente di assistenza:** è costituito da tutti gli elementi che fanno parte dell'ambiente nel quale viene prestata l'assistenza ai pazienti (oggetti, attrezzature mediche e persone presenti nell'ospedale, in altre strutture di ricovero o ambulatoriali).
- **Ambiente circostante il paziente:** è lo spazio che definisce l'ambiente dedicato temporaneamente all'assistenza di un paziente e che comprende le apparecchiature (vari dispositivi medicali), i mobili (letto, sedia, comodino ecc.) e gli oggetti personali (indumenti, libri ecc.) che vengono manipolati dal paziente e dall'operatore sanitario durante il trattamento del paziente.
L'ambiente di assistenza e quello circostante il paziente sono sempre considerati in relazione a ciascun paziente.
- **Contatto:** quando le parti di due corpi si toccano reciprocamente.
- **Contatto con il paziente** (tra l'operatore sanitario e il paziente): si riferisce alle mani dell'operatore sanitario che vengono a contatto con la cute e gli indumenti del paziente.
- **Contatto con l'ambiente circostante il paziente** (tra l'operatore sanitario e una superficie inanimata): si riferisce alle mani dell'operatore sanitario che toccano oggetti inerti e superfici nelle immediate vicinanze di un paziente.
- **Asettico:** assenza di germi (per estensione un'operazione asettica è eseguita in modo da evitare contaminazione o inoculazione).

	MONITORAGGIO DELL'ADESIONE ALLE PRATICHE DI IGIENE DELLE MANI	IO/46-01 REV.0
---	--	---------------------------

Un'operazione asettica eseguita da un operatore sanitario indica una manovra che comporta un contatto (diretto o indiretto) con membrane mucose, cute non integra, presidi medici invasivi (catetere, sonda) o attrezzatura sanitaria.

- Liquidi corporei: sangue e altre sostanze secrete dal corpo (muco, saliva, sperma, lacrime, cerume, latte, ecc.), escrezioni (urina, feci, vomito), essudazione e trasudazione (liquido pleurale, liquido cerebrospinale, liquido ascitico ecc., ad eccezione del sudore).

Per estensione i campioni organici sono assimilati ai liquidi corporei (biopsie, organi, campioni di cellule ecc.).

- Rischio di esposizione ad un liquido corporeo: si riferisce ad un rischio che comprende l'esposizione potenziale o effettiva al liquido corporeo.
- Indicazione: è la ragione per cui l'igiene delle mani è necessaria in un dato momento, giustificata dal rischio di trasmissione di germi da una superficie all'altra.

Le principali indicazioni individuate dall'OMS sono cinque:

- Prima del contatto con un paziente
 - Prima di una manovra asettica
 - Dopo un'esposizione a rischio ad un liquido corporeo
 - Dopo il contatto con un paziente
 - Dopo il contatto con l'ambiente circostante il paziente
- Opportunità di igiene delle mani: è l'oggetto di attenzione per l'osservatore. Dal punto di vista dell'osservatore, l'opportunità sussiste ogni volta che si presenta ed è osservata una delle indicazioni per l'igiene delle mani.

A ciascuna opportunità deve corrispondere un'azione.

Una stessa opportunità può essere determinata da diverse indicazioni.

6.0 Modalità operative

Il monitoraggio delle attività di igiene delle mani si avvale di molteplici strumenti, che ne supportano tutte le fasi a partire dall'osservazione diretta degli operatori all'elaborazione dei dati per la verifica del grado di adesione e per l'individuazione di carenze e opportunità di miglioramento.

6.1. Conduzione delle osservazioni e produzione dei report

Le sessioni di osservazione sono previste ogni tre mesi; durante ciascuna sessione, verranno osservate le attività di assistenza sanitaria in tutti i reparti della struttura (MG 01- 20 Scheda di Osservazione igiene delle mani).

Sulla base dei dati raccolti durante ogni sessione di osservazione, il Referente del Sistema di gestione Igiene delle mani dovrà redigere un verbale corredato con la relativa scheda di osservazione che esponga sinteticamente le evidenze osservate e i risultati calcolati relativi al grado di adesione; i quattro report così prodotti, saranno necessari alla stesura di una relazione finale, che costituirà un elemento in ingresso per il Riesame della Direzione.

Lo scopo delle osservazioni è quello di valutare l'effettivo grado di adesione alle pratiche di igiene delle mani da parte degli operatori sanitari; pertanto, queste vengono condotte senza previa comunicazione agli operatori stessi, al fine di evitare distorsioni o scostamenti nei dati raccolti. Il valore soglia, ovvero il target per il grado di adesione, viene definito annualmente dal CCICA, e comunicato a tutti gli operatori sanitari dal Referente del Sistema di gestione Igiene delle mani.

L'osservatore deve comunque informare gli operatori osservati del proprio ruolo, spiegando accuratamente il motivo della propria presenza e lo scopo delle sue attività. Poiché le osservazioni vengono effettuate nel

	MONITORAGGIO DELL'ADESIONE ALLE PRATICHE DI IGIENE DELLE MANI	IO/46-01 REV.0
--	--	---------------------------

corso dell'assistenza al paziente, è necessario, al fine di tutelarne la privacy, che l'osservatore si presenti ai pazienti allo stesso modo, e che agisca con quanta più discrezione possibile.

È fondamentale che le osservazioni non interferiscano con le attività assistenziali; per ovvi motivi, è imperativo inoltre evitare di condurre osservazioni in situazioni di emergenza, che peraltro non riflettono le situazioni standard di assistenza sanitaria.

6.2. Scheda di Osservazione

Lo strumento per l'effettuazione e la registrazione dei dati da utilizzare durante o dopo gli Audit è la MG 01-20 "Scheda di Osservazione igiene delle mani", che contiene lo schema di riferimento per l'effettuazione delle osservazioni secondo normativa vigente.

La responsabilità delle attività di seguito descritte spetta al Referente del Sistema Igiene delle Mani.

Una prima parte del modulo contiene le informazioni che permettono di individuare puntualmente le singole osservazioni rilevate; rappresentano infatti i riferimenti per identificare i dati raccolti sulle pratiche e collocarli nel tempo e nello spazio, allo scopo di effettuare analisi e confronti tra le varie rilevazioni.

Le informazioni da inserire sono:

- L'osservatore, di cui vanno specificate le iniziali
- Il reparto/servizio/unità operativa dove viene effettuata l'osservazione
- La data dell'osservazione
- L'anno di riferimento
- La sessione, cioè il momento in cui l'osservazione ha luogo in una determinata unità operativa; deve essere numerata progressivamente, e devono esserne indicati gli orari di inizio e di fine, e la durata
L'indicazione dell'anno e della sessione permette, ad esempio, di mettere a confronto le osservazioni condotte prima e dopo l'implementazione di un intervento per migliorare l'adesione alle pratiche di igiene delle mani, per verificarne l'efficacia
- L'indicazione del numero della scheda, ovvero della pagina di dati, nel caso vengano usate più schede nel corso della stessa sessione

Osservatore (iniziali)		Unità operativa	
Anno		Data (gg/mm/aaaa)	
Sessione N.		Inizio/Fine (hh:mm)	
		Durata Sessione (mm)	/
		N. pag. (n di N)	di

La griglia è divisa in tre colonne, che possono essere dedicate ciascuna ad una certa categoria professionale.

Gli operatori sanitari vengono classificati in nelle quattro categorie seguenti:

- Medico
- Infermiere
- Oss
- Tecnici

Prof.cat		Prof.cat		Prof.cat	
N. operatori osservati		N. operatori osservati		N. operatori osservati	

Il campo "N. operatori osservati" serve a registrare il numero di operatori sanitari che man mano entrano nel campo di osservazione, e per i quali quindi possono essere osservate delle opportunità. Se durante la stessa

	MONITORAGGIO DELL'ADESIONE ALLE PRATICHE DI IGIENE DELLE MANI	IO/46-01 REV.0
---	--	---------------------------

sessione vengono osservate ininterrottamente numerose opportunità per lo stesso operatore, questo viene conteggiato una sola volta.

Il numero di operatori sanitari osservabili contemporaneamente può essere illimitato; è tuttavia consigliato non osservare più di tre operatori alla volta. La decisione di limitare il numero di operatori osservati deve essere dettata anche dall'intensità delle attività e dalle indicazioni: l'osservatore deve essere in grado di valutare tali fattori per rendere il più possibile efficace l'osservazione.

Seguono sei righe, che corrispondono alle opportunità, nelle quali inserire le indicazioni (vedi § 5. Definizioni) e le azioni osservate.

Opp.	Indicazione	Azione	Opp.	Indicazione	Azione	Opp.	Indicazione	Azione
1	☐ pr-cont. ☐ pr-aseps. ☐ dp-fluido ☐ dp-cont. ☐ dp-circ.	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti	1	☐ pr-cont. ☐ pr-aseps. ☐ dp-fluido ☐ dp-cont. ☐ dp-circ.	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti	1	☐ pr-cont. ☐ pr-aseps. ☐ dp-fluido ☐ dp-cont. ☐ dp-circ.	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti
2	☐ pr-cont. ☐ pr-aseps. ☐ dp-fluido ☐ dp-cont. ☐ dp-circ.	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti	2	☐ pr-cont. ☐ pr-aseps. ☐ dp-fluido ☐ dp-cont. ☐ dp-circ.	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti	2	☐ pr-cont. ☐ pr-aseps. ☐ dp-fluido ☐ dp-cont. ☐ dp-circ.	☐ frizione ☐ lavaggio ☐ nulla ☐ guanti

La casella ☐ indica che gli item non sono esclusivi (si rammenta che ogni opportunità può essere determinata da più indicazioni); segnare il cerchio ☐ significa che gli altri item vengono lasciati vuoti.

In particolare, il cerchio relativo all'uso dei guanti va spuntato solo nel caso in cui l'operatore osservato li stia indossando nel momento in cui si presenta una opportunità, e che per questo non effettua alcuna azione di igiene delle mani; ciò determina pertanto la registrazione di un'azione negativa.

L'osservazione si concentra quindi su questi due parametri, basati sull'opportunità:

- L'indicazione per l'igiene delle mani
- L'azione di igiene delle mani relativa all'indicazione osservata

Nelle righe del modulo, l'indicazione è codificata come segue:

prima = ☐ pr-	contatto con il paziente	= cont
dopo = ☐ dp-	manovra asettica	= aseps
	esposizione a rischio con fluido corporeo	= fluido
	contatto con ciò che circonda il paziente	= circ

L'osservatore può quindi vedere un'azione svolta in vari modi:

- Azione eseguita (positiva)
 - Frizionando le mani con un prodotto a base alcolica = ☐ **frizione**
 - Lavando le mani con acqua e sapone = ☐ **lavaggio**

Nota bene: sebbene la raccomandazione dell'igiene delle mani sia quella di utilizzare il prodotto a base alcolica per la frizione delle mani, anche il lavaggio delle mani con acqua e sapone viene considerato un'azione positiva.

- Azione non eseguita (negativa) = ☐ **nulla**

	MONITORAGGIO DELL'ADESIONE ALLE PRATICHE DI IGIENE DELLE MANI	IO/46-01 REV.0
---	--	---------------------------

- Assenza di azione in risposta a un'opportunità identificata
- Uso dei guanti senza azione di igiene

Come detto, anche l'uso dei guanti viene contemplato, ma la sola registrazione del loro utilizzo non potrà essere considerata un'azione positiva, poiché, come la stessa OMS prescrive, l'uso dei guanti non è sostitutivo dell'igiene delle mani.

6.3. Calcolo dell'adesione

Una volta raccolte le osservazioni, il Referente Igiene delle Mani, dopo la stesura del verbale corredato dalle schede di osservazione, consegna il report alla Direzione Sanitaria,

L'adesione alle pratiche di igiene delle mani è data dal rapporto percentuale tra il numero di azioni positive (frizione o lavaggio) e quello delle opportunità, espresso nella formula:

$$\text{Adesione} = (\text{Azioni igiene mani} \div \text{Indicazioni}) \times 100$$

Il calcolo dell'adesione può avvenire sia complessivamente, sia per categoria professionale o indicazione.

Nella Scheda di Osservazione, in fondo alla tabella delle osservazioni, è presente una riga per la registrazione dei totali delle indicazioni e delle azioni intraprese (divise tra frizione e lavaggio).

Tot.	Indicazioni	Friz.	Lav.	Tot.	Indicazioni	Friz.	Lav.	Tot.	Indicazioni	Friz.	Lav.

Considerando che le opportunità sono effettivamente le indicazioni all'igiene, si procede anche al calcolo dell'adesione in relazione alle 5 indicazioni individuate dall'OMS (vedi § 5. Definizioni), utilizzando la seconda tabella riassuntiva della stessa Scheda di Osservazione.

	Prima del contatto con il paziente			Prima di una manovra asettica			Dopo un'esposizione a rischio con liquido biologico			Dopo il contatto con il paziente			Dopo il contatto con l'ambiente circostante il paziente		
Sessione	Ind.	Fr.	Lav.	Ind.	Fr.	Lav.	Ind.	Fr.	Lav.	Ind.	Fr.	Lav.	Ind.	Fr.	Lav.

Nelle colonne di questa scheda sono riportate le 5 indicazioni per l'igiene delle mani; le osservazioni effettuate devono essere suddivise in base all'indicazione che ha determinato l'opportunità, e la loro somma deve essere inserita nella sotto-colonna "Ind." della colonna relativa all'indicazione.

Calcolare l'adesione in termini di indicazioni permette infatti di orientare direttamente gli eventuali interventi correttivi sulla formazione degli operatori in base al loro comportamento osservato.

Il Referente Igiene delle Mani dovrà mettere in evidenza all'interno del verbale di audit tutti i risultati al di sotto del target di adesione, specificando se il risultato fa riferimento ad una certa categoria professionale, ad una particolare indicazione, ad un reparto/U.O., ecc.

In caso di punteggi non in linea con il target definito per l'adesione, l'evento andrà registrato come non conformità. La registrazione della non conformità andrà allegata al report periodico, mentre la gestione dell'azione correttiva o di miglioramento costituirà parte integrante della relazione finale.

Ogni report viene sottoposto all'esame del CCICA, che lo approva e lo archivia, e del Responsabile della Qualità.

	MONITORAGGIO DELL'ADESIONE ALLE PRATICHE DI IGIENE DELLE MANI	IO/46-01 REV.0
---	--	---------------------------

6.4. Questionario di autovalutazione

La Direzione Sanitaria di ICC è responsabile delle seguenti attività, di cui occorrerà dare opportuna evidenza documentale per le attività di verifica e controllo da parte sia degli organi di vigilanza territoriale competenti che del CRRC (Controllo Regionale Rischio Clinico):

- Esecuzione dell'autovalutazione nei termini previsti dal documento e dall'atto di adozione (annuale);
- Elaborazione e monitoraggio di un piano di azione straordinario nel caso in cui l'esito della autovalutazione di una o più sezioni abbia dato esito "INADEGUATO" (ripetere autovalutazione entro 3 mesi dalla prima)

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, il documento in questione (MG 01-22) dovrà essere redatto con cadenza almeno annuale, seguendo pedissequamente le indicazioni della normativa vigente.

6.5. Questionario sulla tollerabilità dei prodotti per l'igiene delle mani

La tollerabilità e l'accettabilità da parte degli operatori sanitari dei prodotti a base alcolica messi a disposizione dalla Struttura può costituire un altro importante fattore che influenza direttamente l'adesione alle pratiche di igiene delle mani. L'uso di prodotti che causano irritazione, pelle secca o dermatiti, o anche di difficile utilizzo (asciugatura lenta, eccessiva viscosità, ecc.), può infatti scoraggiare gli operatori dall'utilizzarli efficacemente e nei momenti opportuni.

Il Sistema Igiene delle Mani prevede quindi la somministrazione di un questionario MG 01-21 (Questionario tollerabilità e l'accettabilità dei prodotti a base alcolica per le mani) che rilevi l'opinione degli operatori sul prodotto a base alcolica attualmente in uso presso la Struttura.

La somministrazione del questionario è di responsabilità del Referente del Sistema Igiene delle Mani, che consegna, in fase di audit, agli operatori osservati.

Raccolti i questionari, il Referente del Sistema Igiene delle Mani procede alla stesura di una relazione che sintetizzi i risultati e che metta in evidenza tutti quegli item il cui punteggio è inferiore a 4.

Nota bene: il questionario contiene scale con sette possibili punteggi, la cui positività cresce verso destra; saranno quindi da segnalare gli item con una media inferiore al punteggio mediano (il numero 4).

La relazione così stilata costituirà un elemento in ingresso per il Riesame della Direzione.

6.6. Relazione finale

Oltre alla redazione dei report periodici, il Referente del Sistema Igiene delle Mani provvede, annualmente, sulla base di quanto emerso durante gli audit delle osservazioni, e della report relativo ai questionari di tollerabilità, a predisporre una relazione finale con i risultati complessivi osservati, che costituirà un elemento in ingresso per il Riesame della Direzione nel corso del quale verranno valutati l'andamento dell'adesione ed eventuali azioni correttive e/o di miglioramento da adottare.

7.0 Allegati

- MG 01-20 Scheda di Osservazione igiene delle mani
- MG 01-21 Questionario tollerabilità e l'accettabilità dei prodotti a base alcolica per le mani
- MG 01-22 Questionario autovalutazione igiene delle mani

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

TABELLA A1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONE	R	T	M
Esaminare le informazioni disponibili sulla compliance all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.			
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: • Indagine sui singoli Reparti/Servizi; • Indagine sul consumo di soluzione alcolica.			
Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.			
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.			

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio
AD: Amministratore Delegato; **DS:** Direttore Sanitario/Direzione Sanitaria; **CI:** Coordinatore Infermieristico;
RIM: Responsabile Igiene delle Mani ; **RSGQ :** Resposanbile Sistema gestione Qualità ; **UF:** Ufficio Formazione;
UP: Ufficio del Personale ; **ND:** Non Definito; **A:** Anno/i ; **M:** Mese/i

	QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI	MG/01-22 Rev. 0 Pag. 2 a 12
---	---	--

TABELLA A2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
INADEGUATO (punteggio 0-25)	BASE (punteggio 26-50)
• Valutazione: analizzare le attuali infrastrutture per l'igiene delle mani; • Prodotti per l'igiene delle mani: prendere decisioni in merito all'approvvigionamento di soluzione alcolica; • Sostegno da parte della Direzione: per il cambiamento del sistema.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Valutazione: mappare le risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza; • Prodotti per l'igiene delle mani: fornire progressivamente prodotti e relative istruzioni al punto di assistenza in tutta la struttura con un calendario di attuazione definito; • Sostegno da parte della Direzione: a breve e lungo termine, anche finanziario, per un continuo approvvigionamento dei prodotti.	
AVANZATO (punteggio 76-100)	
• Valutazione: valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso; • Prodotti per l'igiene delle mani: rendere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza; • Sostegno da parte della Direzione: effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria Struttura e condividerla con i dirigenti apicali.	

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione di un piano che preveda:
 - Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani;
 - Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani;
 - Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser;
 - Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture;
 - Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura;

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

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

TABELLA B1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

FORMAZIONE PERSONALE			
AZIONE	R	T	M
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.			
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.			
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).			
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).			
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.			
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.			
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.			

	QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI	MG/01-22 Rev. 0 Pag. 4 a 12
---	---	--

Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.			
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).			
Definire un sistema per aggiornare la formazione e i verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).			
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.			
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione a la sostituzione di quello obsoleto.			

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

TABELLA B2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
FORMAZIONE DEL PERSONALE	
INADEGUATO (punteggio 0-25)	BASE (punteggio 26-50)
• Pianificazione: valutare la disponibilità di formatori e osservatori qualificati; • Esecuzione: formare i formatori e gli osservatori; progettare un programma per la formazione obbligatoria di tutto il personale; sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione di base da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti. • Sostegno da parte della Direzione.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Valutazione dei bisogni: pianificare la formazione sull'igiene delle mani incentrata sul Piano di Intervento in base alle conoscenze del personale, alla percezione della sua importanza e ai risultati del monitoraggio; • Pianificazione: definire e implementare un programma per la validazione delle competenze degli osservatori; • Esecuzione: fornire programmi di formazione aggiornati per il personale sulla base di una valutazione dei bisogni formativi; • Supporto: assicurarsi il supporto da parte del personale apicale; • Sostenibilità: sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.	
AVANZATO (punteggio 76-100)	
• Formazione: formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per i nuovi dipendenti e formazione continua per tutto il personale utilizzando metodi differenziati e innovativi; • Integrazione e allineamento: prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile; • Valutazione: valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione;	

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione di un piano formativo che preveda:
 - Tempi e modalità di erogazione della formazione;
 - Individuazione del personale da formare (requisiti per l'arruolamento e profilo di competenze in uscita).

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

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

	QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI	MG/01-22 Rev. 0 Pag. 6 a 12
---	---	--

TABELLA C1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK			
AZIONE	R	T	M
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della compliance sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto; indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone/asciugamani; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.			
Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura			
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).			
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.			
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).			
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).			
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.			
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato (ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi).			
Presentare i risultati delle osservazioni ogni trimestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.			
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.			
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.			
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.			
Considerare la possibilità di pubblicare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura in una rivista con revisione tra pari, in una rivista specializzata o in una newsletter interna			
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA presso la struttura in occasione di conferenze locali, nazionali o internazionali.			

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

TABELLA B2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
FORMAZIONE DEL PERSONALE	
INADEGUATO (punteggio 0-25)	BASE (punteggio 26-50)
Valutazione regolare: dare priorità alle attività di valutazione per definire il livello base di compliance degli operatori sulla igiene delle mani. Prevedere un regolare follow-up di queste attività; Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
Valutazione regolare: effettuare le attività di osservazione con cadenza regolare, definita sulla base della complessità organizzativa della Struttura; monitorare anche altri indicatori (ad es. consumo di soluzione alcolica; conoscenza e percezione dell'importanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori); Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente;	

	QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI	MG/01-22 Rev. 0 Pag. 7 a 12
---	---	--

- **Obiettivi:** fissare obiettivi annuali per i risultati/tassi di compliance da raggiungere. Supporto: assicurarsi il supporto da parte del personale apicale;

AVANZATO (punteggio 76-100)

- **Monitoraggio regolare:** condurre il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani almeno ogni 3 mesi in aree ad alto rischio e possibilmente in tutta la Struttura. Effettuare un monitoraggio continuo del consumo di soluzione alcolica;
- **Interpretazione dei risultati:** condurre la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e correlare l'osservanza dell'igiene delle mani e il consumo di soluzione alcolica con i dati sui risultati, identificando i fattori di successo e gli ostacoli al miglioramento continuo;
- **Feedback:** organizzare sessioni interattive per restituire l'interpretazione dei risultati della vostra struttura ai dirigenti e al personale;
- **Comunicazione:** comunicare apertamente i risultati attraverso più canali, sia internamente che all'esterno, incoraggiando un clima costruttivo e trasparente.

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione delle attività di monitoraggio della compliance degli operatori sull'igiene delle mani;
- Definizione e formazione di una rete di osservatori
- Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione
- Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell'osservazione agli operatori e alla Direzione
- Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nella struttura

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

INDICATORI DI PROCESSO

- Percentuale di azioni di igiene delle mani effettuate correttamente dagli operatori sul totale delle opportunità.
- Quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l'igiene delle mani utilizzata per mille giornate di degenza.

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

TABELLA D1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
COMUNICAZIONE PERMANENTE			
AZIONE	R	T	M
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.			
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.			
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.			
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).			
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.			
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.			

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

TABELLA D2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE

FORMAZIONE DEL PERSONALE	
INADEGUATO (punteggio 0-25)	BASE (punteggio 26-50)
• Risorse: valutare la qualità e la quantità del materiale informativo disponibile; • Consegna dei messaggi : fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria nei reparti e nelle aree di trattamento; • Impatto: descrivere l'uso e l'importanza dei promemoria a tutte le persone interessate nella struttura; • Sostenibilità: pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, per esempio poster.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Risorse: definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati; • Consegna dei messaggi: fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria in tutti gli ambienti clinici; • Sostenibilità: pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli.	
AVANZATO (punteggio 76-100)	
• Risorse: raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti; • Consegna dei messaggi: fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici; • Sostenibilità: produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli, basati sulle specificità locali e sui "media" disponibili. Condividere il materiale con altre Strutture	

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Modalità di comunicazione della struttura sull'igiene delle mani.

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SI	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SI	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SI	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SI	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SI	10
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SI	15
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	SI	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SI	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SI	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SI	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SI	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SI	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SI	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SI	5

TABELLA E1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT			
AZIONE	R	T	M
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo.			
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.			
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.			
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.			
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.			
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.			
Rivedere l'attuale coinvolgimento dei pazienti nelle attività di miglioramento dell'assistenza sanitaria e considerare i tempi per avviare discussioni/collaborazioni continue con le principali organizzazioni di pazienti.			
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).			
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.			
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.			
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.			

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

TABELLA E2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE

CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	
INADEGUATO (punteggio 0-25)	BASE (punteggio 26-50)
• Approccio multimodale: elaborare un piano di autovalutazione periodica; • Budget: valutare la riserva di un budget per queste attività; • Comunicazione: supportare regolarmente gli operatori, presentare i risultati e i progressi ottenuti • Coinvolgimento dei pazienti.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Approccio multimodale: proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti; • Budget: assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento; • Ruoli e Capacità: riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento; • Comunicazione: oltre alla comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondere il messaggio attraverso altri canali (ad esempio rivista interna, pagine web, eventi); • Coinvolgimento dei pazienti: sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori	
AVANZATO (punteggio 76-100)	
• Approccio multimodale: continuare l'autovalutazione nell'ottica del miglioramento continuo; • Coinvolgimento dei pazienti: facilitare le interazioni tra pazienti e operatori sanitari su questo tema; • Promuovere il miglioramento: valutare la possibilità di premiare i comportamenti virtuosi, individuali e/o di reparto; • Sostenibilità: incorporare gli obiettivi sull'igiene delle mani negli obiettivi di budget anche relativi ad altre attività (ad esempio, piani di contrasto all'antimicrobicoresistenza); presentare l'igiene delle mani come parte del programma generale di miglioramento della sicurezza del paziente e di miglioramento della qualità; • Capacità: stanziare risorse per sostenere e la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali.	

	QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI	MG/01-22 Rev. 0 Pag. 12 a 12
---	---	---

INDICATORI DI STRUTTURA

- Istituzione di un CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:
- Regolamento del CCICA
- Adozione del PAICA secondo le indicazioni regionali

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

INDICATORI DI PROCESSO

- Monitoraggio delle azioni previste nel PAICA

NB: IN BASE ALLE SPECIFICHE ESIGENZE LOCALI, LE STRUTTURE POTRANNO INTEGRARE GLI INDICATORI SOPRA ELENCATI CON ALTRI (DI STRUTTURA, DI PROCESSO E DI ESITO), PURCHE SIA GARANTITO IL RISPETTO DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO.

Istituto Clinico Casalpalocco Srl
Dr. Vittorio Chignoli
Direttore Sanitario
N. Iscr. RM 65155

Firma e timbro del Direttore Sanitario

Vittorio Chignoli