
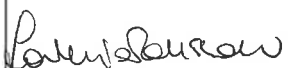




DOCUMENTO DI INDIRIZZO  
PER L'ELABORAZIONE DEL  
PIANO ANNUALE PER LA  
GESTIONE DEL RISCHIO  
SANITARIO  
(PARS 2024)

RSA Anni Azzurri Parco di Veio

Risk Manager Dott. Marco Bosso	Medico Responsabile Dott.ssa Lavinia Toussan	Direttore di Struttura Dott.ssa Antonella di Bernardini	Infermiere Dirigente Dott.ssa Angelica Ciurescu
			

**INDICE**

- 1. Contesto organizzativo**
- 2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati**
- 3. Descrizione della posizione assicurativa**
- 4. Resoconto delle attività del Piano precedente**
- 5. Matrice delle responsabilità**
- 6. Obiettivi e attività**
  - 6.1 Obiettivi**
  - 6.2 Attività**
- 7. Modalità di diffusione del documento**
- 8. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi**

**ALLEGATO: PIANO LOCALE IGIENE DELLE MANI**

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

Il presente PARS si riferisce alla struttura RSA Anni Azzurri Parco di Veio, situata in Via Barbarano Romano n.43, comune di Roma, e gestita dalla società KOS CARE Srl. La struttura è presente nel territorio della ASL Roma 1, appartenente al distretto XV che svolge la propria attività su un'estensione territoriale 186,7 km<sup>2</sup> con una popolazione di riferimento di 160502 abitanti.

La struttura eroga un servizio di alto livello assistenziale, specializzato nell'area della senescenza, gestita da soggetti privati, finalizzata a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e di reinserimento sociale, nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti.

La Residenza Anni Azzurri Parco di Veio, è autorizzata all'esercizio quale Residenza Sanitaria Assistenziale, dispone di 118 posti letto divisi in due edifici tra loro collegati (tabella 1).

Dispone di 6 nuclei, 4 dei quali con 20 ospiti disposti in stanza doppia e 2 nuclei con 19 ospiti, per la presenza di due stanze singole. La tipologia dei ricoveri della struttura è generalmente a carattere definitivo.

DENOMINAZIONE DELLA STRUTTURA			
DATI STRUTTURALI			
ASL territorialmente competente		ASL ROMA 1	
Posti letto	118	RSA ALTO MANTENIMENTO	118
DATI DI ATTIVITÀ			
Tasso occupazione posti letto 2022	99%		
Giornate di degenza	42794		

tab 1

## **1.2 ORGANIZZAZIONE DELLA STRUTTURA SULLA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO:**

Le figure di riferimento sulla gestione del rischio infettivo sono il Risk Manager aziendale, il facilitatore del rischio clinico di struttura (individuato nel Medico Responsabile, MR) e l'infermiere dirigente (ID), coadiuvato dal coordinatore infermieristico (CI)

Gli ospiti all'ingresso devono presentare un certificato medico di assenza di patologie infettive in atto, e in fase di ricovero il personale, medico e infermieristico, informa i parenti e i congiunti circa le procedure adottate per la prevenzione delle infezioni; viene inoltre richiesto ai visitatori di attenersi alle regole di condotta volte a minimizzare il rischio di diffusione di patologie infettive.

Nel caso specifico della **prevenzione dell'infezione da Sars-Cov-2** il paziente viene ammesso previa esecuzione di tampone antigenico rapido e compilazione rischio COVID19 da parte del MMG.

Secondo le procedure aziendali, le raccomandazioni divulgate dall' ISS, le indicazioni fornite dalla Regione Lazio e dalla ASL roma 1 sono stati stabilite le condizioni di isolamento singolo di pazienti sospetti o accertati COVID. Sono stati messi a disposizione di tutto il personale i DPI adeguati per la gestione dei pazienti COVID e per i pazienti NO-COVID. Sono state intraprese le necessarie procedure di formazione del personale in merito alla gestione dell'infezione da SARS-Cov2.

All'interno della struttura la prevenzione delle infezioni rappresenta una delle priorità nella gestione delle prestazioni erogate.

Sono distribuite a tutto il personale sanitario, e periodicamente aggiornate, le linee guida aziendali riguardanti il monitoraggio e/o il contenimento delle **ICA (infezioni**

correlate all'assistenza), incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

L'applicabilità delle regole imposte dai singoli protocolli di prevenzione e sorveglianza è a responsabilità, nell'ambito delle competenze, di ogni singola figura socio-sanitaria che interviene nel processo di cura. Gli operatori prestano una condotta orientata al rispetto delle regole in ambito di prevenzione delle infezioni; in particolare si è cercato di educare alla frequenza nel lavaggio delle mani, e uso di saponi e gel idroalcolici disponibili in struttura.

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

**Tabella 2 – Eventi segnalati nel 2021 (art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

TIPO DI EVENTO	N	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI/CONTRIBUENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near miss	26 100% cadute	1. Strutturali (0%) 2. Tecnologici (0%) 3. Organizzativi (0%) 4. Procedure/Comunicazione (80%) 5. altro (20%)	Formazione continua del personale	Sistemi di reporting 100%
Eventi avversi	4 100% cadute		miglioramento protocolli interni	
Eventi sentinella	0		manutenzione infrastrutture  rivalutazione periodica della contenzioni	

Nell'ultimo quinquennio la Residenza Anni Azzurri Parco di Veio non ha dovuto corrispondere alcun risarcimento conseguente a responsabilità professionale, né derivante da responsabilità civile verso terzi.

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

Anno	N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup>	N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup>	Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup>
2017	0	0	0
2018	0	0	0
2019	0	0	0
2020	0	0	0
2021	2	0	0
2022	2	0	0
<b>Totale</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

### 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

**Tabella 4 –Descrizione della posizione assicurativa**

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Ass.	Franchigia	Brokeraggio
2019	30/11/2020	AM TRUST	€ 10.000	Marsh S.p.a.
2020	30/11/2021	AM TRUST	€ 10.000	Marsh S.p.a.
2021	30/11/2022	AM TRUST	€ 10.000	Marsh S.p.a.
2022	30/11/2023	AM TRUST	€ 10.000	Marsh S.p.a.
2023	30/11/2026	AM TRUST	€ 10.000	Marsh S.p.a.

### 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

Resoconto delle attività del PARS 2023

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

Obiettivo: diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
Formazione personale sanitario sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA, Creando un corso specifico di formazione	parzialmente	Corso attivato, scadenza al 31/03/24 per fruizione da parte del personale

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

Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
Corso di formazione sulle aggressioni al personale	no	Corso in attesa di attivazione
Corso di movimentazione manuale dei carichi	SI	Eseguito corso su più dell'80% del personale d'assistenza in servizio

**Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi**

Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
Revisione e distribuzione a tutto il personale delle LG sull'igiene delle mani	SI	Completa

**Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).**

Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
Formazione personale sanitario sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA, Creando un corso specifico di formazione	parzialmente	Corso attivato, scadenza al 31/03/24 per fruizione da parte del personale
Riduzione incidenza infezioni da C. difficile	SI	Incidenza inferiore all'1% nel 2023

## 5. MATRICE DELLA RESPONSABILITA'

*Tabella 6 – Matrice delle responsabilità*

AZIONE	Risk Manager	Responsabile sanitario	Direttore di struttura
Redazione PARM	R	C	C
Adozione PARM	I	C	C
Monitoraggio PARM	C/I	R	I

R: responsabile, C: coinvolto, I interessato

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- D) Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).

<b>OBIETTIVO A)</b>	<b>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure anche in relazione al rischio infettivo</b>
ATTIVITÀ	Formazione personale sanitario sulle misure di prevenzione e controllo delle ICA, Creando un corso specifico di formazione
INDICATORE	Erogazione dell'evento
STANDARD	90% personale assistenziale (infermieri e OSS)
FONTE	Ufficio formazione interno
RESPONSABILITÀ	Organismo di formazione in collaborazione con la Direzione del personale e con i Responsabili di struttura

<b>OBIETTIVO B)</b>	<b>Migliorare l' appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.</b>
ATTIVITÀ	Eeguire nel corso del 2024 almeno un analisi proattiva del rischio clinico (FMEA/FMECA): gestione e utilizzo degli accessi venosi periferici
INDICATORE	Realizzazione dell'analisi
STANDARD	Realizzazione dell'analisi
FONTE	Risk manger,
RESPONSABILITÀ	facilitatore di struttura



<b>OBIETTIVO B)</b>	<b>Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.</b>
ATTIVITÀ	Monitoraggio, raccolta e corretta trasmissione dei dati a livello aziendale, ministeriale e regionale
INDICATORE	Numerosità evento
STANDARD	Media Aziendale
FONTE	CCE/schede rilevazione, S.i.R.e.s
RESPONSABILITÀ	Responsabile Sanitario e Dirigenza infermieristica

<b>OBIETTIVO B)</b>	<b>Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.</b>
ATTIVITÀ	Controllo della corretta compilazione e della corretta tenuta delle cartelle cliniche (messa in uso della cartella clinica elettronica nel dicembre 2023), su un campione di 5 cartelle, almeno ogni 6 mesi con report
INDICATORE	NR CARTELLE CONTROLLATE / NUMERO CARTELLE ESTRATTE
STANDARD	100% delle cartelle esaminate
FONTE	Campione di 5 cartelle ogni 6 mesi
RESPONSABILITÀ	Responsabile Sanitario

<b>OBIETTIVO C)</b>	<b>Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi</b>
ATTIVITÀ	Implementazione eventi formativi e informativi (gruppi, eventi ad hoc, formazione sul personale, cartellonistica) sull'igiene delle mani
STANDARD	ATTIVITA' REALIZZATA/ NON REALIZZATA/PARZIALMENTE
RESPONSABILITA'	Direzione sanitaria, infermiere dirigente, coordinatore infermieristico

<b>OBIETTIVO C)</b>	<b>Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi</b>
ATTIVITÀ	Controllo consumo del gel idroalcolico
INDICATORE	Report annuale
STANDARD	Consumo $\geq$ 200 litri/anno
RESPONSABILITA'	Direzione sanitaria, infermiere dirigente, coordinatore infermieristico

OBIETTIVO D)	Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE).
ATTIVITÀ	Attività MONITORAGGIO MEDIANTE CCE
INDICATORE 1	nr. Infezioni
INDICATORE 2	nr infezioni da CPE
INDICATORE 3	Esecuzione antibiogrammi
STANDARD	<8%
RESPONSABILITÀ	Medico responsabile, RM

## 7. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Il PARS verrà pubblicato sul Sito internet sulla cui home page <https://anniazzurri.it/residenza-anni-azzurri-parco-di-veio> dove ci sarà un link che rimanda al documento per la consultazione.

I dati contenuti nel presente documento sono oggetto di riesame periodico in collaborazione con il personale sanitario e le altre funzioni dell'organizzazione.

Entro il 28 febbraio 2024 il PARS in formato pdf nativo sarà inviato alla mail [crrc@regione.lazio.it](mailto:crrc@regione.lazio.it) per il caricamento sul cloud regionale.

## 8. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

Si riportano di seguito le fonti normative utilizzate quale riferimento per la stesura del presente Piano Aziendale per la gestione del Rischio Sanitario:

- SITO del Ministero della Salute <http://www.salute.gov.it/>
- SITO del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio
- SITO della Associazione Scientifica Hospital & Clinical Risk Managers (HCRM)
- circolare ministeriale 52/1985 - Lotta alle infezioni ospedaliere.
- circolare ministeriale 8/1988 - Lotta alle infezioni ospedaliere.
- Decreto del 11 dicembre 2009 Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità
- DCA Regione Lazio del 10/02/2011n. U0008 "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie"

Legge 8 novembre 2012, n. 189. (Legge Balduzzi) «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.».

-Circolare Ministero della Salute del 26 febbraio 2013 n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)

-Determinazione Regionale dell'1 aprile 2014 n. G04112 "Approvazione del documento recante: "Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)"

-Legge 28 dicembre 2015, n. 208 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)

-Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356 Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti".

-DCA Regione Lazio del 4 novembre 2016, n. U00328 Progetto 7.3 "contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici".

-DCA Regione Lazio del 7 novembre 2017 n.U00469 Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D.lgs.502/1992.

-Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011.

-Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010/2012.

-Legge n 24 dell'8 marzo 2017 (Gelli-Bianco) Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie Legge n. 219 del 22 dicembre 2017 (Biotestamento)

-Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

- Determinazione Regione Lazio del 25 Gennaio 2022 , G00643 "adozione del documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)"

- Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani, Giuseppe Sabatelli; Filippo Berloco; Angelica Carnevale; Marta Ciofi degli Atti; Lorena Martini; Maurizio Musolino ; Vincenzo Puro; Massimiliano Raponi; Enrico Rosati .





# **PIANO DI AZIONE LOCALE**

## **IGIENE DELLE MANI**

**RSA ANNI AZZURRI PARCO DI VEIO**

**2024**

Durante la riunione di coordinamento tra direzione di struttura, direzione sanitaria e infermieristica le figure coinvolte hanno analizzato i questionari di autovalutazione delle 5 sezioni (A, B, C, D, E - previste dal "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani" del 19.02.2021), corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale raccomandata dall'OMS, compilati in data 29.01.2024 da cui sono scaturiti i seguenti risultati:

Livello intermedio nella Sezione A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI (PT.65)

Livello avanzato nella Sezione B – FORMAZIONE DEL PERSONALE (PT. 80)

Livello avanzato nella Sezione C - MONITORAGGIO E FEEDBACK: (PT. 77.5)

Livello intermedio nella Sezione D - COMUNICAZIONE PERMANENTE: (PT. 60)

Livello intermedio nella Sezione E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT: (PT. 55)

In considerazione dei risultati ottenuti nei questionari di autovalutazione si illustrano gli interventi, le azioni programmate e il cronoprogramma per l'implementazione del piano locale riferite a ciascuna delle cinque sezioni di autovalutazione.

## SEZ -A AMBITO DEI REQUISITI STUTTURALI E TECNOLOGICI

La struttura ha acquisito un punteggio di autovalutazione di livello intermedio, questo perché nella struttura è presente un rapporto lavandini/utenti 1:10, sono inoltre rispettati i percorsi sporco/pulito e sono presenti procedure per la sanificazione degli ambienti e l'igiene delle mani.

I dispenser sono presenti in tutte le medicherie, sui carrelli degli infermieri, nelle zone relax/ristoro, sui carrelli adibiti all'attività assistenziale, nelle palestre e nelle stanze polivalenti. Non è possibile tenerli nelle stanze di degenza per motivi di sicurezza a causa della tipologia di paziente ospitato.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024			
SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
1- Indagine sul consumo di soluzione alcolica	MR/INF.D.	Semestrale	12 mesi
2- passaggio a dispenser a muro	DS	12 mesi	12 mesi
3- Mantenimento del rapporto lavandini/utenti	DS/manutentore	12 mesi	12 mesi

3- Monitoraggio e feedback disponibilità gel idroalcolico	MR/INF.D	mensile	12 mesi
4- esecuzione di planimetrie sulla distribuzione dei dispenser	MR	12 mesi	12 mesi
5- Sviluppo delle seguenti istruzioni operative: - Approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani	MR	6 mesi	12 mesi

Legenda: R: responsabile, T: tempo previsto per implementazione, M: tempo di monitoraggio, Amm.: amministrazione, DS: direzione di struttura, MR: medico responsabile, INF.D.: infermiere dirigente

## SEZ-B AMBITO DELLA FORMAZIONE DEL PERSONALE

Nel 2023 è stato attivato un corso interno, accreditato ECM, dedicato a tutte le professioni sanitarie sulla prevenzione delle ICA.

Nel corso di quest'anno sono inoltre stati attivati degli eventi in presenza sul rischio clinico (già iniziati a Gennaio 2024)

Dal 2020 sono attivi in modalità FAD, sempre sulla piattaforma aziendale i corsi attivati nell'ambito dell'infezione da SarsCov2 con sezioni dedicate all'utilizzo dei DPI e al corretto uso del lavaggio delle mani con gel idroalcolico o con sapone.

Vengono periodicamente aggiornate e distribuite le procedure inerenti il rischio clinico, gli eventi avversi e sentinella, la prevenzione delle ICA, l'igiene delle mani.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024			
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
1-aumentare la partecipazione al corso sulle "ICA- INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (>80% del personale)	MR/INF.D./ referente formazione	12 mesi	12 mesi
2- distribuzione a tutto il personale del Piano locale per l'igiene delle mani	MR/INF.D	6 mesi	12 mesi

Legenda: R: responsabile, T: tempo previsto per implementazione, M: tempo di monitoraggio, Amm.: amministrazione, DS: direzione di struttura, MR: medico responsabile, INF.D.: infermiere dirigente.

## SEZ. C- AMBITO DEL MONITORAGGIO E FEEDBACK

L'osservazione diretta dell'operatore durante l'igiene delle mani è il migliore metodo per verificare la compliance degli operatori all'igiene delle mani. Le operazioni di monitoraggio verranno programmate durante l'anno compatibilmente con l'espletamento delle attività primarie da garantire.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024			
SEZIONE c – MONITORAGGIO E FEEDBACK			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M

1- verificare il grado di compliance tramite osservazione diretta dei operatori (scheda di osservazione)	MR/INF.D.	trimestrale	12 mesi
2- fornire feedback immediato e sistematico sul grado di compliance rilevato agli operatori	MR/INF.D.	12 mesi	12 mesi

Legenda: R: responsabile, T: tempo previsto per implementazione, M: tempo di monitoraggio, Amm.: amministrazione, DS: direzione di struttura, MR: medico responsabile, INF.D.: infermiere dirigente.

## SEZ. D- AMBITO DELLA COMUNICAZIONE PERMANENTE

Già dal 2020, sono presenti in struttura presso ogni stazione di lavaggio mani le locandine relative alle fasi e le tempistiche del lavaggio mani sia con acqua e sapone che con gel idroalcolico.

Il 5 Maggio 2023 per la giornata mondiale dell'igiene delle mani sono stati eseguite attività dimostrative per ospiti e familiari e sono state affisse nei punti di interesse le locandine dell'OMS.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024			
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
1-Creare opuscoli e dépliant per visitatori e pazienti	MR/funzione marketing	6 mesi	12 mesi
2- monitoraggio dei poster e delle locandine già affisse, eventuale aggiornamento	MR/INF.D.	12 mesi	12 mesi
3- inserire un focus sui social aziendali relativi alla giornata mondiale sull'igiene delle mani	MR/funzione marketing	5 mesi	12 mesi

Legenda: R: responsabile, T: tempo previsto per implementazione, M: tempo di monitoraggio, Amm.: amministrazione, DS: direzione di struttura, MR: medico responsabile, INF.D.: infermiere dirigente.

## SEZ. E- CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Le direzioni sanitaria, infermieristica e di struttura sono molto impegnate nella gestione e prevenzione delle ICA, ognuno per il suo ambito. E' quindi prevista l'individuazione di un team per l'empowerment delle procedure, anche con il coinvolgimento attivo di familiari e ospiti attraverso iniziative ed eventi.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024			
SEZIONE D – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
1-Creazione del team per la promozione e l'implementazione della pratica dell'igiene delle mani	MR/INF.D.	6 mesi	12 mesi

Legenda: R: responsabile, T: tempo previsto per implementazione, M: tempo di monitoraggio, Amm.: amministrazione, DS: direzione di struttura, MR: medico responsabile, INF.D.: infermiere dirigente.



AZIONI DI MIGLIORAMENTO ANNO 2024			
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO COMMITMENT			
AZIONI DI MIGLIORAMENTO	R	T	M
1-Creare opuscoli e dépliant per visitatori e pazienti	MR/funzione marketing	6 mesi	12 mesi
2- monitoraggio dei poster e delle locandine già affisse, eventuale aggiornamento	MR/INF.D.	12 mesi	12 mesi
3- inserire un focus sui social aziendali relativi alla giornata mondiale sull'igiene delle mani	MR/funzione marketing	5 mesi	12 mesi

Legenda: R: responsabile, T: tempo previsto per implementazione, M: tempo di monitoraggio, Amm.: amministrazione, DS: direzione di struttura, MR: medico responsabile, INF.D.: infermiere dirigente.

