

LUSAN Srl – P.IVA 05888541009

Residenza Magnolia

Via Monteprandone n° 65

00132 – Giardini di Corcolle (Roma)

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

<b>Data di emissione</b>	<b>Gruppo di lavoro</b>	<b>Approvato</b>
<b>27/02/2024</b>	<b>Inf. Dir. RSA Myosotis Dott. Michele Bassanelli Inf. Dir. RSA Magnolia Dott.ssa Romina Fruci Coordinatrice Inf.ca – Dott.ssa S. Mazzitelli  Dott.ssa Bianchini Cinzia Medico Responsabile RSA Myosotis Dott.ssa Anjeza Zorba Medico Responsabile RSA Magnolia</b>	<b>Dott.ssa Montalbano</b>

## Indice

1. Introduzione al PARS 2024
2. Contesto organizzativo
3. Gestione del rischio infettivo
4. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati
5. Descrizione della posizione assicurativa
6. Resoconto del PARS 2023
7. Matrice delle responsabilità
8. Obiettivi e attività 2024
9. Modalità di diffusione del documento
10. Bibliografia, sitografia e riferimenti normativi

## **INTRODUZIONE AL PARS 2024**

La stesura del presente PARS segue le indicazioni presenti nella Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.

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

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

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

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

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

Le attività che si realizzano attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di Rischio Clinico e concorrono al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza ed economicità/sostenibilità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali.

La strategia definita attraverso il Piano si rifà alla necessità di passare da un sistema che subisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che, invece, gestisce i rischi, ovvero la promozione del passaggio da un sistema reattivo a un sistema prevalentemente pro-attivo e preventivo.

## CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Residenza Magnolia è situata nel comune di Roma – VIII Municipio, in località Giardini di Corcolle, quartiere residenziale nella zona est di Roma, circondato dalla campagna romana e con vista sulle colline di Tivoli e cittadine limitrofe.

La Residenza è raggiungibile con mezzi pubblici n°508 a partire dalla fermata della metropolitana “Ponte Mammolo “e dal quartiere è possibile raggiungere i paesetti vicini con mezzi di servizio extraurbano.

Magnolia, essendo situata in una zona residenziale in prossimità del centro abitato, consente di raggiungere a piedi numerosi servizi esterni, tra cui l’ufficio postale, la banca, la farmacia, la chiesa e il supermercato.

La Residenza può offrire servizi di tipo alberghiero, assistenziale e sanitario di base, sociale e ricreativo culturale, fortemente diversificati.

La Residenza Magnolia offre servizi di residenzialità a regime privato nella Casa di Riposo e servizi sociosanitari accreditati dalla Regione Lazio nella Residenza Sanitaria Assistenziale.

La Residenza è suddivisa in n° 4 Nuclei, di cui n° 3 di RSA (pari a n° 52 posti letto) e 1 di casa di riposo.

La Residenza offre nuclei abitativi con camere singole, doppie, dotate di servizio igienico in camera, telefono e televisore.

All’interno della struttura sono presenti spazi per attività individuali, di gruppo e con la famiglia: soggiorni, sale occupazionali, cappella.

Sono previsti spazi esterni per attività all’aperto.

In particolare, ogni camera possiede:

- Letto articolato a tre livelli con comandi elettrici, materasso e cuscini, comodino funzionale, tavolo, scrittoio, armadio, sedia e poltrona.
- Il bagno è corredato di ausili per permettere la facile fruibilità alle persone anziane e nello stesso tempo garantisce alti margini di sicurezza.

La Residenza è provvista di segnaletica e indicazioni appropriate per permettere un buono orientamento e facile accesso alle vie di fuga in caso di pericolo, sono presenti elementi per il superamento di barriere architettoniche.

### **Tabella n.1 Presentazione dei dati di Attività**

<b>DATI ATTIVITÀ PER SINGOLO PRESIDIO</b>			
POSTI LETTO ORDINARI	N° 52	RSA ALTO MANTENIMENTO	40
		RSA BASSO MANTENIMENTO	12
N° RICOVERI ORDINARI ANNO 2023	49		

## GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Specificità organizzative intraprese in relazione al rischio infettivo.

Il Comitato Per il Controllo delle infezioni Correlate all'assistenza (CCIA) è composto da Medico Responsabile RSA, Infermiere Dirigente e Risk manager.

Il gruppo di lavoro interdisciplinare che costituisce il CCIA opera nella RSA come da requisiti previsti ed è coinvolto nel controllo e nell'implementazione delle procedure che riguardano la prevenzione delle ICA.

Tutto il team multidisciplinare che opera nella Residenza Myosotis è formato e coinvolto nelle attività di prevenzione attraverso l'applicazione di determinati protocolli atti a prevenire la diffusione di ICA indicati nelle specifiche procedure.

Per il controllo delle ICA è attuato un programma monitoraggio periodico di eventi sentinella e di check control riferite al processo assistenziale, oltre alla rilevazione sistematica di eventi infettivi occorsi nel mese, al fine di attenzionare il problema in funzione di programmi di miglioramento.

La Residenza ha la possibilità di attivare, se necessario, una stanza per l'isolamento degli ospiti infetti.

La sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) è stata istituita nel 2013 (circolare del Ministero della Salute), con l'obiettivo di monitorare la diffusione e l'evoluzione di queste infezioni, nonché sviluppare strategie di contenimento adeguate; nel 2019 è stata quindi implementata per migliorare l'aderenza alla sorveglianza, la qualità dei dati e la tempestività di notifica. La sorveglianza raccoglie e analizza principalmente le segnalazioni dei casi di batteriemie da *K. Pneumoniae* ed *E. coli* resistenti ai carbapenemi e/o produttori di carbapenemasi da tutto il territorio nazionale, tuttavia le percentuali di resistenza alle principali classi di antibiotici si mantengono elevate per otto patogeni: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter species*.

Come report nel primo e secondo semestre 2023 su infezioni da enterobatteri resistenti a carbapenemi presso la Residenza Myosotis non si sono riscontrati casi specifici, sebbene il report su consumo di antibiotici dosi definite giornaliere (DDD/100 gg di degenza) dai dati ricavati utilizzando il consumo di antibiotici in generale (con i dati estrapolati dal programma in uso della cartella clinica informatizzata e-personam selezionando principio attivo e dose giornaliera assunta), risulta un consumo di 118 dosi ogni 100 giorni di degenza per qualsiasi causa, ovvero antibiotici somministrati per infezioni delle vie urinarie, infezioni bronco-polmonari, infezioni intestinali, infezioni dei tessuti molli.

I vaccini sono strumenti potenti ed efficaci in termini di costi per prevenire le malattie trasmissibili negli esseri umani e possono quindi frenare la diffusione delle infezioni connesse alla resistenza antimicrobica e ridurre l'uso degli antimicrobici. È pertanto necessario promuovere il ricorso alla vaccinazione come pure lo sviluppo e la disponibilità dei vaccini e l'accesso agli stessi.

Tra le attività condotte per la prevenzione delle ICA, da annoverare che si è svolta una campagna di vaccinazione rivolta non solo agli ospiti ma anche al personale con offerta e somministrazione presso ambulatorio dedicato in struttura di vaccino antinfluenzale (Flucelvax Tetra o Efluelda) e di vaccino anti-COVID (Comirnaty Omic XBB1.5) con copertura vaccinale antinfluenzale del 100% ed antiCovid del 95% per gli ospiti della RSA (solo 2 ospiti su 40 hanno rifiutato la dose booster).

Tra le infezioni correlate all'assistenza (ICA), le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano una delle complicanze più frequenti. Si definisce infezione del sito chirurgico (ISC) un'infezione che si verifica dopo un intervento chirurgico nella sede del corpo sottoposta a chirurgia. La maggior parte delle infezioni del sito chirurgico può essere trattata con antibiotici o con un altro intervento chirurgico per trattare l'infezione. È stato dimostrato che un programma di prevenzione e controllo delle infezioni con componenti di sorveglianza riducono il rischio di ISC.

Il protocollo di sorveglianza Europeo si basa su quattro concetti fondamentali: la ferita chirurgica e l'attività chirurgica eseguita, il contesto sanitario dove si è svolto l'intervento e le antibiotico-resistenze registrate nel contesto sanitario con relativo isolamento dei patogeni.

Presso la Residenza Magnolia è attivo uno specifico protocollo per la gestione e la corretta medicazione delle ferite, comprese quelle chirurgiche derivanti da interventi eseguiti presso altri servizi a noi inviati nel contesto della successiva convalescenza e trattazione, dividendole in:

1. Infezione superficiale dell'incisione chirurgica: l'infezione si può manifestare entro i 30 giorni successivi alla procedura chirurgica e coinvolge solo la cute e i tessuti sottocutanei dell'incisione. Si può riscontrare almeno una delle seguenti manifestazioni: secrezione purulenta dall'incisione superficiale, con o senza conferma di laboratorio; microrganismi isolati mediante coltura, ottenuta con modalità asettiche, del fluido o del tessuto prelevato dall'incisione superficiale; segni o sintomi di infezione quali dolore o dolorabilità al tatto, tumefazione localizzata, arrossamento o aumento della temperatura locale; diagnosi di infezione superficiale dell'incisione chirurgica fatta da un chirurgo o dal medico curante.
2. Infezione profonda dell'incisione chirurgica: l'infezione si manifesta entro i 30 giorni successivi alla procedura chirurgica se non è stato lasciato in sede materiale protesico, oppure entro 1 anno se è stato lasciato in sede materiale protesico e sembra essere correlata alla procedura chirurgica. L'infezione interessa i tessuti molli profondi (ad esempio strati delle fasce e strati muscolari) dell'incisione ed è presente almeno una delle seguenti manifestazioni: secrezione purulenta dall'incisione profonda ma non dalla componente organo/spazio del sito chirurgico; deiscenza spontanea dell'incisione profonda oppure riapertura deliberata effettuata dal chirurgo quando il paziente presenta almeno uno dei seguenti segni o sintomi: febbre superiore a 38 °C, dolore o dolorabilità al tatto localizzati, a meno che la coltura dell'incisione sia negativa; presenza di un ascesso o di altra evidenza di infezione che interessa l'incisione chirurgica profonda, riscontrata all'esame diretto, nel corso di un nuovo intervento chirurgico, durante un esame istopatologico o mediante indagine radiologica; diagnosi di infezione profonda dell'incisione chirurgica fatta da un chirurgo o dal medico curante.
3. Infezione di organo/spazio: l'infezione si manifesta entro i 30 giorni successivi alla procedura chirurgica se non è stato lasciato in sede materiale protesico, oppure entro 1 anno se è stato lasciato in sede materiale protesico e l'infezione sembra essere correlata alla procedura chirurgica. L'infezione interessa qualsiasi parte dell'anatomia (ad esempio organi e spazi) diversa dall'incisione aperta o manipolata durante un intervento chirurgico ed è presente almeno 1 delle seguenti manifestazioni: secrezione purulenta dal drenaggio posizionato mediante infissione in un organo/spazio; microrganismi isolati mediante coltura, ottenuta con modalità asettiche, del fluido o del tessuto prelevato dall'organo/spazio; presenza di un ascesso o di altra evidenza di infezione che interessa l'organo/spazio, riscontrata all'esame diretto, nel corso di un nuovo intervento chirurgico, durante un esame istopatologico o mediante indagine radiologica; diagnosi di infezione di organo/spazio del sito chirurgico fatta da un chirurgo o dal medico curante.

L'igiene delle mani è scientificamente riconosciuta come la strategia più importante per prevenire la diffusione dei microrganismi resistenti agli antibiotici e ridurre le infezioni correlate all'assistenza (ICA). È stato stimato che l'adesione a una corretta e accurata igiene delle mani da parte del personale sanitario, può ridurre fino al 40% delle ICA con enormi vantaggi sia dal punto di vista sanitario che economico. Secondo l'OMS l'utilizzo dei prodotti a base alcolica rappresenta un'ottima alternativa all'impiego di acqua e sapone per l'igienizzazione routinaria delle mani nelle aree di assistenza sanitaria. Grazie a diversi vantaggi elimina la maggior parte dei microrganismi in breve tempo (20-30 secondi), offre un'ottima tollerabilità dermatologica, è possibile renderla disponibile al letto del paziente e non necessita di particolari infrastrutture (come rubinetti, lavandini, ecc) di acqua pulita, sapone e asciugamani.

Presso la Residenza Magnolia la distribuzione di gel idroalcolico è attuata in vari ambienti e precisamente nei locali ad alto tasso di frequentazione:

- Nelle sale da pranzo;
- Nelle sale polivalenti utilizzate per le attività occupazionali;
- Nei locali Palestra
- All'ingresso della Struttura
- Nei depositi sporchi e puliti
- Nei carrelli di riordino e cambio biancheria
- Nei carrelli di distribuzione dei farmaci

## **RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI**

La Legge n.24/2017, recante disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie, in particolare nell'Art 2 comma 5, prevede che la sicurezza delle cure si realizza mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private devono predisporre una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto.

L'obiettivo è nell'ottica della ricerca di un nuovo equilibrio che permetta da una parte ai professionisti di svolgere la propria attività con maggiore sensibilità e dall'altra di garantire ai pazienti maggiore trasparenza. In ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla L.24/2017, al fine di consentire la corretta comprensione dei dati riportati nelle tabelle apposite è necessario chiarire alcune definizioni.

Si parla di "Quasi Evento" o "Near Miss" quando un errore, pur avendo la potenzialità di causare un evento avverso, viene intercettato prima di produrre danni ad un paziente; si parla invece di "Evento Avverso" quando un evento inatteso e correlato al processo assistenziale comporta un danno al paziente ovviamente non intenzionale. Non tutti gli eventi avversi sono prevenibili ma solo quelli attribuibili ad un errore.

L'Evento Sentinella, invece, è quell'evento di tale gravità che determina inabilità momentanea o permanente e che può portare al decesso del paziente.

In caso di Eventi Avversi/Sentinella è necessario effettuare una verifica sul motivo che lo ha causato o sui fattori eliminabili o riducibili al fine di produrre azioni di miglioramento.

Nell'anno 2023 la politica della qualità stabilita dalla residenza Magnolia per le attività di Risk Management ha previsto:

- Revisione delle procedure in essere in previsione del nuovo manuale per l'accreditamento DCA 469/2017. Tale revisione è stata completata;
- Mantenimento del sistema di qualità certificato ISO 9001/2015;
- Coinvolgimento del personale infermieristico e di assistenza socio-sanitaria per le attività di monitoraggio dei processi assistenziali. I monitoraggi sono attualmente effettuati con calendarizzazione a tempi variabili da giornaliera a mensile secondo specifiche attività e regolarmente registrati in apposita modulistica;
- Implementazione e continua valutazione del programma per la gestione informatizzata del processo assistenziale e della documentazione sanitaria integrata con profili autorizzativi d'uso diversificati;
- Gestione di eventi avversi individuati in: Cadute, LDP, Accessi al PS con monitoraggio analisi cause e conservazione dati statistici;
- Gestione delle informazioni e delle consegne attraverso lo strumento di una cartella informatizzata integrata per la continuità assistenziale;
- Formazione e valutazione del personale su specifici aspetti di qualità, risk management ed applicazione del sistema di qualità interno;
- Coinvolgimento del personale in gruppi di discussione a supervisione psicologica per problematiche e situazioni conflittuali emerse durante le attività assistenziali. Il personale partecipa volontariamente agli incontri ma come attività di servizio finalizzata al miglioramento del clima organizzativo, stress lavoro correlato, Burnout;
- Individuazione di un Case Manager del Piano Assistenziale Individuale e sua formazione on the Job per la realizzazione delle valutazioni multidimensionali per le revisioni periodiche, costantemente valutata dai referenti;
- Realizzazione di monitoraggi degli anziani su situazioni individuate come potenzialmente a rischio;
- Calendarizzazione di Check control periodiche per l'individuazione di eventi sentinella;
- Calendarizzazione di audit mensili su processi stabiliti nel sistema di qualità interno
- Trattamento costante di Non conformità e Reclami.



**Tabella.2 Eventi Segnalati nel 2023 (ai sensi dell'art. 2, c.5 della L.24/2017)**

TIPO DI EVENTO	NUMERO	% SU TOT EVENTI	%CADUTE SU CATEGORIA	PRINCIPALI FATTORI CAUSALI / CONTRIBUTENTI	AZIONI DI MIGLIORAMENTO	FONTE DEL DATO
Near miss	3	4%	0	Strutturali (0%) Tecnologici (0%) Organizzativi (10%) Procedure/comunicazione (20%) Altro 70% (condizioni ospiti)	Procedure/comunicazione (80%) Revisioni PAI e procedure (20%)	Sistemi di reporting (95%) Non conformità (4 %) Reclami (1%)
Eventi avversi	80	95%	50%			
Eventi sentinella	1	1%	0			
Totali	84	/	/			

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

Anno	N. Sinistri	Risarcimenti erogati
2019	0	0
2020	0	0
2021	0	0
2022	0	0
2023	0	
Totali	0	0

### DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (Scadenza)	Compagnia	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2021	38245DA	Sara	7.680,00	0	ASSIFIDI SPA
2022	38245DA	Sara	7.680,00	0	ASSIFIDI SPA
2023	38245DA	Sara	7.680,00	0	ASSIFIDI SPA
2024	38245DA	Sara	7.680,00	0	ASSIFIDI SPA

## DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL PARS PRECEDENTE- ANNO 2023

Chiusura Obiettivi ANNO 2023	Attività	Realizzazione
<p>Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</p> <p><b>Indicatore Almeno un corso di Formazione con Partecipazione del 80% del personale</b></p>	<p>Corsi di Formazione per tutto il personale</p>	SI
<p>Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e contenimento degli eventi avversi</p> <p><b>Indicatore Svolgimento di Audit straordinari per analisi eventi particolari</b></p>	<p>Informazione e formazione del personale all'utilizzo di procedure operative specifiche</p>	SI
<p>Mantenere la revisione dei PAI con identificazione del ruolo dell'infermiere con ruolo Case manager e la revisione in equipe multidisciplinare</p> <p><b>Indicatore: il 100 % ospiti e il coinvolgimento di almeno 90 % degli infermieri nel ruolo di case manager</b></p>	<p>Revisione del PAI periodica in incontri multidisciplinari verbalizzati</p> <p>Assegnazione di Case manager al singolo ospite</p> <p>Condivisione PAI ospite /famiglia</p> <p>Formazione e valutazione periodica dei Case manager</p>	SI
<p>Mantenimento comitato di partecipazione della RSA come previsto per legge con i vari rappresentanti</p> <p><b>Indicatore Almeno una riunione annuale</b></p>	<p>Riunioni del Comitato con verbalizzazione</p> <p>Trattamento delle problematiche emerse per soluzioni e miglioramenti</p>	SI 10/07/2023
<p>Mantenimento delle attività svolte dal gruppo di valutatori formati</p> <p><b>Indicatore: rispetto del piano di Audit ordinari e straordinari previsti dal Sistema di qualità certificato</b></p>	<p>Calendarizzazione piano di Audit Interni su processi</p> <p>Calendarizzazione di Check control su attività assistenziali</p> <p>Esecuzione delle verifiche e relativi verbali</p>	SI

	Trattamento delle problematiche e criticità per soluzioni e miglioramenti	
Favorire la visione unitaria della sicurezza che tenga conto non solo dei pazienti ma anche degli operatori e delle strutture <b>Indicatore Almeno un corso di Formazione con Partecipazione del 80% del personale</b>	Revisione procedure ed educazione del personale e dei care giver	SI
Coinvolgimento del personale infermieristico e di assistenza in attività di monitoraggio e in processi non assistenziali della residenza secondo specifica valutazione <b>Indicatore Attribuzione a Referenti di progetto e partecipanti ai gruppi di lavoro</b>	Progetto specifico per attribuzione ruoli ed attività di monitoraggio  Reporting per singole attività	SI
Implementazione e valutazione del programma per la gestione documentazione informatizzata, analisi delle tracciabilità e delle stampe per una specifica procedura di archiviazione. <b>Indicatore attribuzione dei profili autorizzativi diversificati, monitoraggi specifici e procedura di archiviazione</b>	Monitoraggio periodico su rispetto delle pianificazioni stabilite e delle eventuali informazioni utili a garantire la continuità assistenziale  Supporto al personale per eventuali problematiche	SI
Gestione eventi avversi (cadute e LDD - ecc.) <b>Indicatore Analisi del 100% degli eventi</b>	Reporting  Applicazione procedure operative  Analisi di situazioni specifiche  Statistica	SI
Coinvolgimento del personale in gruppi di discussione su temi causa di conflitto o per problematiche emerse durante l'attività. <b>Indicatore Partecipazione di almeno il 30% del personale nei diversi incontri organizzati</b>	Incontro mensile di supervisione con psicologo  Incontri individuali per particolari situazioni e/o a richiesta dell'operatore	SI
Miglioramento delle competenze <b>Indicatore Partecipazione di almeno il 90% del personale nei diversi incontri organizzati</b>	Organizzazione di incontri, formalizzati o informali a livello di reparto, del personale sanitario operante nei reparti di degenza per analizzare i fattori di rischio associati alle proprie attività	SI

	e predisponendo i miglioramenti organizzativi eventualmente opportuni.	
Miglioramento della sicurezza e logistico <b>Indicatore Revisione periodica del DVR secondo normativa ed in base a necessità</b>	<p>Aggiornamento del DVR per il rischio biologico</p> <p>Corsi di formazione on the job per ridurre rischio infettivo da Sars-Cov-2</p> <p>Corsi di formazione on the job per la corretta igiene delle mani</p>	SI

## RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PARS - ANNO 2023

<b>Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</b>		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Formazione specifica sulla "Prevenzione e contrasto del COVID-19" attraverso incontri con Responsabile COVID	SI	Partecipazione del 100% del personale. Eseguito ad ogni inserimento del personale e periodicamente
Addestramento interno rispetto al corretto utilizzo dei DPI	SI	Partecipazione del 100% del personale Eseguito ad ogni inserimento del personale e periodicamente
Informazione all'utenza/ famiglie attraverso una brochure che indichi le attività da attuare per la prevenzione del rischio infettivo in struttura	SI	Divulgazione di opuscoli e poster nella struttura per utenti e famiglie Attuazione di specifico progetto educativo/ formativo per gli ospiti su lavaggio delle mani
Organizzazione ed esecuzione di un corso di informazione, agli operatori, sull'uso degli antibiotici	SI	Svolto a novembre 2023 con tutto il personale infermieristico
Diffusione della PO ASS N° 11 " Procedura per la prevenzione Covid_19" per il personale anche attraverso formazione interna	SI	Formazione al 100% del personale

<b>Obiettivo B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemesi (CRE)</b>		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Monitoraggio mensile su eventi avversi	SI	Reportistica mensile e annuale per successiva analisi e valutazione
Analisi su eventi specifici con riunioni in team	SI	Discussioni in team nei gruppi di supervisione con supporto psicologico
Revisione del DVR per aggiornamento del rischio biologico da coronavirus	SI	Divulgazione al 100% del personale

<b>Obiettivo C) sviluppo e o consolidamento di un sistema di sorveglianza delle infezioni da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)</b>		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione

Implementazione del sistema di segnalazione delle batteriemie	No	Non si sono verificati episodi da approfondire
Implementazione del modello di sorveglianza	No	
Identificazione del referente per la sorveglianza	Si	Medico Responsabile
Analisi su eventi specifici con riunioni in team	NO	Non si sono verificati episodi da approfondire
Elaborazione del report semestrale	SI	

<b>Obiettivo D) Monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)\100 gg di degenza</b>		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Monitoraggio mensile	Si	Medico Responsabile
Identificazione del referente per il monitoraggio	Si	Medico Responsabile
Elaborazione del report	Si	Periodico e annuale

<b>Obiettivo E) sistema di monitoraggio del consumo dei prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani</b>		
Attività	Realizzata	Stato di Attuazione
Implementazione del sistema di controllo	Si	Verifica della quantità di utilizzo
Identificazione del referente per la sorveglianza	Si	Infermiere Dirigente
Elaborazione del report	SI	Periodico e annuale

<b>Obiettivo F) sviluppo di programmi di buon uso degli antibiotici</b>		
Attività	Realizzata con recupero del corso inserito nel piano formativo 2023 svolto in data 17/02/2024	Stato di Attuazione
Monitoraggio mensile	Si	Medico Responsabile
Identificazione del referente e costituzione di un team multidisciplinare	Si	Medico Responsabile- Infermiere Dirigente – Infermiere - MMG
Elaborazione del report	Si	Annuale

## MATRICE DELLE RESPONSABILITA' DEL PARS

<b><u>AZIONE</u></b>	Direttore sanitario/Presidente CCICA	Risk manager	Direttore Aziendale	Direttore amministrativo	Medico Responsabile	Strutture di supporto
Redazione PARS e proposta di deliberazione	C	R	C	C	C	-
Adozione PARS con deliberazione	C	C	R	C	C	-
Monitoraggio PARS	R	C	I	I	I	C

Legenda: R= Responsabile I= Interessato C= Coinvolto

## OBIETTIVI ED ATTIVITÀ

Nel presente documento 2024, sono individuati obiettivi strategici di ordine generale da realizzarsi per mezzo di attività specifiche, la cui realizzazione è misurata da indicatori.

Tali obiettivi mirano a diffondere la “cultura della sicurezza” e la “cultura organizzativa” in una ottica di condivisione dei valori e dello stesso impegno.

Viene percepita dall’Azienda la necessità di migliorare l’appropriatezza assistenziale e organizzativa, favorire la comunicazione tra professionisti in un’ottica di sistema e promuovere eventi mirati al contenimento degli eventi avversi.

### OBIETTIVI 2024 PER LA GESTIONE DEL RISCHIO - PARS

Gli obiettivi strategici sono:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
2. 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.
3. Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli Operatori e delle Strutture
4. Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da
  - infezione delle ferite chirurgiche;
  - infezioni che poi evolvono in sepsi e secondaria gestione della stessa;
  - infezioni causate da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) con implementazione delle misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici.

<b>Obiettivo A) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</b>		
<b>Attività 1 – Progettazione ed esecuzione di un Corso di Formazione in “RiskManagement”</b>		
<b>INDICATORE:</b> Esecuzione di un Corso entro il 31.12.2024		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>UO FORMAZIONE</b>
<b>Progettazione del corso</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Accreditamento del corso</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
<b>Esecuzione del Corso</b>	<b>R</b>	<b>I</b>

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



<b>Attività 2 – Formazione Facilitatori</b>		
<b>INDICATORE:</b> Esecuzione di almeno due incontri formativi		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>UO FORMAZIONE</b>
<b>Progettazione del corso</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Accreditamento del corso</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
<b>Esecuzione del Corso</b>	<b>R</b>	<b>I</b>

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

<b>Obiettivo B) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi</b>		
<b>Attività 3 – Monitoraggio semestrale della check-list caduta</b>		
<b>INDICATORE:</b> Corrispondenza tra segnalazioni nei Diari e nella check		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>FONTE:</b> Reparti interessati		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>REPARTI INTERESSATI</b>
<b>Produzione check-list caduta</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Controllo check-list</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>R</b>	<b>I</b>

<b>Attività 4 – Processo di AUDIT</b>		
<b>INDICATORE:</b> Effettuare almeno 6 Audit		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>REPARTI INTERESSATI</b>
<b>Organizzazione Audit</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Effettuazione Audit</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

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

<b>Attività 5 – Effettuazione di Safety Walk Around (SWR) le UO della struttura se previsto su PAI situazioni che lo richiedano</b>		
<b>INDICATORE:</b> Effettuazione di almeno 3 SWR		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>REPARTI INTERESSATI</b>
<b>Progettazione SWR</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
<b>Effettuazione SWR</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

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

<b>Obiettivo C) – Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto nonsolo del paziente, ma anche degli operatori delle strutture</b>		
<b>Attività 6 – Istituzione del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)</b>		
<b>INDICATORE:</b> Rapporto tra n. casi definiti con procedura di conciliazione e n. di casi trattati e rapporto tra n. di casi definiti in fase stragiudiziale e n. casi di richieste di risarcimento		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>UO GESTIONE SINISTRI</b>
<b>Istituzione CVS</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

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

<b>Obiettivo D) – Promozione di interventi mirati al monitoraggio e/o contenimento delle ICA</b>		
<b>Attività 7 – informazione e formazione del personale</b>		
<b>INDICATORE:</b> numero di soggetti informati/formati		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>UO GESTIONE SINISTRI</b>
<b>Progettazione dell'informazione/formazione</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Accreditamento dell'informazione/formazione</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
<b>Esecuzione dell'informazione/formazione</b>	<b>R</b>	<b>I</b>

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

<b>Attività 8 – monitoraggio e report annuale consumo antimicrobici</b>		
<b>INDICATORE:</b> numero sintomatici		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>UO GESTIONE SINISTRI</b>
<b>Redazione della procedura</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Emissione</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
<b>Approvazione</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

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

<b>Attività 9 – monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica</b>		
<b>INDICATORE:</b> effettuare evento formativo per tutto il personale		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>UO GESTIONE SINISTRI</b>
<b>Redazione della procedura</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Emissione</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
<b>Approvazione</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

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

<b>Attività 10 – riconoscimento e gestione dello stato di sepsi</b>		
<b>INDICATORE:</b> effettuare evento formativo per tutto il personale		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE ESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>UO GESTIONE SINISTRI</b>
<b>Redazione della procedura</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Emissione</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
<b>Approvazione</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

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

## OBIETTIVI E ATTIVITA' PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale e inseriti nel presente Piano aziendale sono:

1. Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
2. 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, nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
3. Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso:
  - la promozione di interventi per migliorare la qualità delle prestazioni erogate;
  - il monitoraggio e/o il contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE);
  - la sensibilizzazione di tutto il personale sul monitoraggio, la prevenzione ed il controllo della ferita chirurgica effettuando uno specifico evento formativo;
  - la sensibilizzazione di tutto il personale sulla gestione del soggetto con sepsi effettuando uno specifico evento formativo.

<b>Obiettivo 1) – Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo</b>		
<b>Attività 1 – Organizzazione di attività di formazione degli Operatori mirate al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA</b>		
<b>INDICATORE:</b> Effettuazione attività formativa		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>UO FORMAZIONE</b>
<b>Progettazione</b>	<b>R</b>	<b>C</b>
<b>Accreditamento del corso</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
<b>Esecuzione del Corso</b>	<b>R</b>	<b>I</b>

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

<b>Obiettivo 2) – Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione che, individui le attività per raggiungere entro il 31.12.2024 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento</b>		
<b>Attività 2 – Elaborazione del Piano Locale sull'Igiene delle mani</b>		
<b>INDICATORE:</b> Elaborazione del Piano 2024 e analisi dei risultati dell'autovalutazione		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE</b>		

<b>RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>CCICA</b>
<b>Compilazione e analisi dei 5 questionari di autovalutazione</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
<b>Elaborazione del piano di azione locale</b>	<b>R</b>	<b>I</b>

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

<b>Obiettivo 3) – Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema dirischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE</b>		
<b>Attività 3 – Elaborazione procedura per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai Carbapenemi (CRE)</b>		
<b>INDICATORE:</b> Elaborazione procedura		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>RISK MANAGER</b>	<b>CCICA</b>
<b>Elaborazione procedura</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
<b>Verifica procedura</b>	<b>C</b>	<b>R</b>
<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

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

<b>Attività 4 – Monitoraggio del consumo di antibiotici espresso in Dosi Definite Giornaliere (DDD)/100 gg degenza</b>		
<b>INDICATORE:</b> Almeno 1 Report		
<b>STANDARD:</b> 100%		
<b>FONTE:</b> Medico responsabile		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>FARMACIA INTERNA</b>	<b>CCICA</b>
<b>Produzione Report</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
<b>Verifica Report</b>	<b>I</b>	<b>R</b>
<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

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

<b>Attività 5 – Creare un sistema di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani (litri/1000 giornate di degenza ordinaria)</b>		
<b>INDICATORE:</b> Almeno 1 Report		
<b>STANDARD:</b> SI		
<b>FONTE:</b> Direzione Sanitaria		
<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITA'</b>		
<b>AZIONE</b>	<b>DIREZIONE SANITARIA</b>	<b>CCICA</b>
<b>Produzione Relazione</b>	<b>R</b>	<b>I</b>
<b>Verifica Relazione</b>	<b>I</b>	<b>R</b>
<b>Azioni di miglioramento</b>	<b>C</b>	<b>R</b>

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

## **MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO**

Al fine di consentire un corretto svolgimento di tutte le attività previste nel PARS 2024 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione attraverso:

Pubblicazione sul sito internet aziendale

Presentazione al Consiglio di Amministrazione

Invio ai responsabili dei servizi.

## BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Determinazione n° G16501 del 28 novembre 2022 “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all’assistenza (ICA)”
2. Determinazione n° G00643 dell’25/01/2022 Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”;
3. Determinazione n° G02044 del 26 febbraio 2021 “Piano regionale di intervento regionale sull’igiene delle mani”
4. DCA n U00563 del 19/11/2015. Istituzione Coordinamento Regionale dei CR-CCICA;
5. Decreto del Commissario ad ACTA 6 luglio 2015, n°U00309 recante “Approvazione del PRP 2014-18 “;
6. Raccomandazione del consiglio Europeo del 9/6/09 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all’assistenza sanitaria;
7. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 10612009, recante "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro";
8. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
9. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante "Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131";
10. Determinazione Regionale n.G04112 del 01 aprile 2014 recante "Approvazione del documento recante: 'Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CCICA)";
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante "Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti";
12. Determinazione Regionale n. G 12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
13. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";
14. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
15. Determinazione Regionale n. G 16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
16. Piano Nazionale di Contrasto dell’Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2017/2020;
17. Determinazione regionale n°G00164 dell’11/01/2019 “Approvazione ed adozione del documento recante “Le linee guida per l’elaborazione del PARM”
18. Circolare Ministeriale n 52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”
19. Circolare Ministeriale n 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la Sorveglianza”
20. D. Lgs n° 502 del 30 dicembre 1992 recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n° 421”;
21. Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico. - DCA n. U00400 29/10/2018



22. Rapporto ISS COVID-19 “Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell’infezione SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie” Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni aggiornato al 16 Marzo 2020;
23. Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell’attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020
24. Rapporto ISS COVID-19 n. 22/2020 Rev. - Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 maggio;
25. Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020
26. Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali. Versione del 24 agosto 2020;
27. Comunicazione relativa all'elaborazione del PARM 2021 della Regione Lazio U0884520 del 15/10/2020;
28. Rapporto ISS COVID-19 n. 61/2020 - Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell’attuale scenario della pandemia di COVID-19. Versione del 23 ottobre 2020;
29. Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2021 - Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici. Versione del 10 marzo 2021;
30. Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021 - Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti COVID-19. Versione del 13 marzo 2021.
31. Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza. Progetto “Prevenzione e controllo delle infezioni nelle organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie - INF-OSS” finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie – CCM
32. Jarvis WR. Infection Control and Changing Health-Care Delivery Systems. *Em Infect Dis*, 2001; 7: 170-173.
33. Burke JP. Patient safety: infection control - a problem for patient safety. *N Engl J Med*, 2003 Feb 13; 348 (7): 651-656.
34. Wenzel RP, Edmond MB. The impact of hospital-acquired bloodstream infections. *Emerg Infect Dis*, 2001 Mar-Apr; 7 (2):174-177.
35. Regione Friuli Venezia Giulia Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza, Settembre 2016
36. Cook D. Ventilator associated pneumonia: perspectives on the burden of illness. *Intensive Care Med*, 2000; 26 (Suppl 1):S31-S37.
37. Harbarth S, Sax H, Gastmeier P. The preventable proportion of nosocomial infections: an overview of published reports. *J Hosp Infect*, 2003; 54: 258-266
38. Linee Guida OMS sull’igiene delle Mani, 2009
39. WHO Global Guidelines for the prevention of surgical site infections, 2016.
40. Position Statement ANIPIO-CID 2016.