

SERVIZIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE

Il Centro di Riabilitazione Nova Salus è un presidio di riabilitazione extraospedaliera, in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, che eroga prestazioni a ciclo continuativo per il recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste, dipendenti da qualunque causa. Gli interventi avvengono nella fase immediatamente post-acuta (anche dopo la dimissione ospedaliera) attraverso l'offerta di tutela sanitaria finalizzata al recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate. Il nostro obiettivo è garantire il benessere del paziente sotto tutti gli aspetti, in base ai seguenti valori e principi:

- CENTRALITA' DELLA PERSONA, del paziente e della sua famiglia, soggetti integranti e attivi del team riabilitativo;
- RESPONSABILITA' E RISPETTO;
- PROFESSIONALITA' del team riabilitativo;
- UGUAGLIANZA E IMPARZIALITA';
- EFFICIENZA ED EFFICACIA;
- PARTECIPAZIONE E TRASPARENZA, assicurandole il diritto d'accesso alle informazioni che la riguardano, nonché la facoltà di formulare osservazioni, suggerimenti, documenti, reclami per il miglioramento del servizio.

PROCEDURA DI ACCESSO

Per accedere al servizio riabilitativo residenziale, è necessario attenersi alla seguente procedura:

- Il Medico di famiglia dovrà rilasciare un'impegnativa per visita specialistica Fisiatrica (1), da effettuare presso l'ASP. La prenotazione della visita può avvenire tramite C.U.P. o in farmacia.
- Lo Specialista dell'ASP, effettuata la visita, rilascerà una prescrizione (2) che dovrà essere portata al Medico di famiglia, il quale, sulla base della prescrizione (2), dovrà compilare la **Scheda di Proposta di Accesso ai Servizi Territoriali** (3). La scheda di accesso potrà essere reperita:
 - a) scaricandola dal sito internet www.novasalus.com – sezione modulistica;
 - b) recandosi direttamente in struttura, presso l'ufficio accettazione ricoveri, dal lunedì al venerdì, dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e dalle ore 16.00 alle ore 18.00; il sabato dalle ore 9.00 alle ore 12.00;
- La prescrizione (2) rilasciata dallo Specialista dell'ASP, congiuntamente alla **Scheda di Proposta di Accesso ai Servizi Territoriali** (3) compilata dal Medico di famiglia, dovranno essere presentate all'ufficio UVM del Distretto Sanitario di competenza. L'utente dovrà indicare il Centro di Riabilitazione "Nova Salus" come struttura in cui voler effettuare il ricovero, e comunicare un recapito telefonico valido dove essere successivamente contattati.

Direttore sanitario
Dott. Lamanna Girolamo

Medici Specialisti
Dott. Prestifilippo Emanuele
Dott. Polimeni Domenico

Medici di Reparto:
Dott. Sità Domenico
Dott. Lamanna Girolamo

Servizio Sociale:
Dott.ssa Siviglia Francesca
mail: serviziosociale@novasalus.com

Numeri Utili:

Segreteria servizio residenziale
0965.79899

Sito web

www.novasalus.com

SERVIZIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE

Per i residenti nelle città di Reggio Calabria, Villa San Giovanni e Bagnara, l'ufficio UVM è sito nella sede di Viale Amendola nr 29 – Reggio Calabria.

- L'ufficio UVM, una volta rilasciata l'autorizzazione S.VA.M.DI. per l'accesso al servizio riabilitativo residenziale, provvederà a inviarla al nostro Centro.

Direttore sanitario

Dott. Lamanna Girolamo

Medici Specialisti

Dott. Prestifilippo Emanuele
Dott. Polimeni Domenico

Medici di Reparto:

Dott. Sità Domenico
Dott. Lamanna Girolamo

Servizio Sociale:

Dott.ssa Siviglia Francesca
mail: serviziosociale@novasalus.com

Numeri Utili:

Segreteria servizio residenziale
0965.79899

Sito web

www.novasalus.com

GESTIONE DELLA LISTA DI ATTESA E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

Una volta giunta l'autorizzazione S.VA.M.DI., questa verrà protocollata e il nominativo verrà inserito nella lista di attesa.

La commissione medica, composta dal Direttore Sanitario, dal medico specialista fisiatra e dal medico di reparto, stabilirà l'ordine di chiamata dei pazienti sulla base dei seguenti criteri:

1. Gravità della patologia;
2. Capacità di recupero;
3. Età del paziente;
4. Tempo di attesa in lista.

A parità dei primi 3 punti, la data di arrivo dell'autorizzazione S.VA.M.DI. costituisce fattore di precedenza.

In questa fase preliminare, al paziente potrà essere richiesta ulteriore documentazione sanitaria, al fine di avere un quadro di valutazione più completo.

Verranno esclusi dalla lista di attesa, gli utenti sprovvisti di autorizzazione S.VA.M.DI. e prescrizione medica e gli utenti il cui quadro clinico li rende incompatibili con un percorso riabilitativo.

Una volta accettato il ricovero, il paziente verrà contattato per la comunicazione della data di ingresso in Struttura.

SERVIZIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE

IL GIORNO DEL RICOVERO

Il giorno del ricovero, le addette alla segreteria accettazione ricoveri procederanno all'espletamento delle pratiche burocratiche relative all'ingresso in Struttura. Successivamente, il paziente potrà effettuare le visite con le varie figure professionali facenti parte dell'équipe multidisciplinare. Il medico Fisiatra elaborerà un progetto riabilitativo, contenente informazioni complete e comprensibili circa la terapia proposta e la prognosi. Queste informazioni verranno condivise col paziente e/o con i suoi familiari, permettendo loro di esprimere un consenso "effettivamente" informato prima dell'inizio dell'attività terapeutica.

COSA PORTARE

Il giorno del ricovero il paziente dovrà portare con sé la seguente documentazione:

- Documento di identità e tessera sanitaria;
- Copia della documentazione clinica;
- Impegnativa formulata dal medico curante con la seguente dicitura:
"Visita specialistica cardiologia a domicilio del paziente non trasferibile + ECG";

e il seguente occorrente:

- Prodotti per l'igiene e la cura della persona (asciugamani, spazzolino, dentifricio, bagnoschiuma, shampoo, pettine/spazzola; ciabatte, ecc.);
- Scarpe da ginnastica, tute ginniche con apertura anteriore e biancheria di ricambio;
- Farmaci (ove necessario, a carico del Paziente);
- Pannoloni/Traverse (ove necessario, a carico del Paziente);
- Glucometro con aghi e strisce (ove necessario);
- Bombola d'ossigeno per chi è affetto da patologia respiratoria cronica e prescrizione per ossigeno terapia, con relativo piano terapeutico.

I familiari dei pazienti o la persona delegata sono pregati di provvedere, ogni settimana, al cambio degli indumenti e degli effetti personali.

LA VITA IN REPARTO

I reparti sono divisi in due aree:

- Area di degenza, con le stanze e l'infermeria;
- Area comune, gli androni, dove le sarà possibile socializzare con gli altri degenti e/o incontrare i familiari durante le ore di visita, senza recare disturbo in camera a chi desidera riposare.

Direttore sanitario

Dott. Lamanna Girolamo

Medici Specialisti

Dott. Prestifilippo Emanuele
Dott. Polimeni Domenico

Medici di Reparto:

Dott. Sità Domenico
Dott. Lamanna Girolamo

Servizio Sociale:

Dott.ssa Siviglia Francesca
mail: serviziosociale@novasalus.com

Numeri Utili:

Segreteria servizio residenziale
0965.79899

Sito web

www.novasalus.com

SERVIZIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE

Le stanze dispongono di due posti letto e di un attiguo bagno. Ogni posto letto è dotato di impianto per la luce notturna e di un campanello per chiamare il personale di assistenza (Oss e/o Infermieri).

Al paziente verrà assegnato un comodino e un armadio per gli abiti e gli effetti personali. Nella stanza è presente, inoltre, un minifrigo per l'eventuale conservazione dell'acqua e/o di ulteriori alimenti e bevande autorizzati dalla Direzione Sanitaria. La visione della TV dovrà essere compatibile con la vita in reparto e nel rispetto del compagno di stanza.

LA GIORNATA TIPO:

L'organizzazione all'interno del reparto è finalizzata a garantire il più possibile un ambiente ospitale con ritmi di vita appropriati. La giornata tipo è così strutturata:

- **7:00 – 8:00**
Alzata, igiene personale, vestizione, colazione;
- **8:00 – 12:15**
Attività riabilitativa, attività psico-educazionale, laboratorio, socializzazione;
- **12:15 – 13:15**
Pranzo;
- **14:00 – 18:15**
Attività riabilitativa, attività psico-educazionale, laboratorio, socializzazione;
- **18:15 – 19:15**
Cena;
- **20:00 – 21:00**
Rimessa a letto;

Il servizio verrà personalizzato il più possibile per venire incontro alle esigenze del paziente, nel rispetto dell'organizzazione interna.

Presso la Struttura sono disponibili su prenotazione, inoltre, il servizio di barbiere e di parrucchiere: per usufruirne sarà sufficiente fare richiesta all'Assistente Sociale. Il costo sarà a carico del paziente.

Ogni ultimo venerdì del mese, dalle ore 10.30 alle 11.30 circa, presso l'androne del I piano, viene celebrata la Santa Messa da un sacerdote, disponibile al colloquio, all'ascolto, alla somministrazione dei sacramenti e all'assistenza spirituale e religiosa.

ORARI DI VISITA AI PAZIENTI

Dal lunedì al sabato dalle ore 16.00 alle ore 18.00 (orario invernale)

A partire dal 1° maggio e per tutto il periodo estivo, fino al 30 settembre, l'orario di visita pomeridiano viene prolungato dalle ore 16.00 alle ore 19.00.

Direttore sanitario

Dott. Lamanna Girolamo

Medici Specialisti

Dott. Prestifilippo Emanuele

Dott. Polimeni Domenico

Medici di Reparto:

Dott. Sità Domenico

Dott. Lamanna Girolamo

Servizio Sociale:

Dott.ssa Siviglia Francesca

mail: serviziosociale@novasalus.com

Numeri Utili:

Segreteria servizio residenziale

0965.79899

Sito web

www.novasalus.com

SERVIZIO RIABILITATIVO RESIDENZIALE

PERMESSI DI USCITA

Per giustificati motivi, il paziente potrà usufruire di permessi orari o giornalieri per allontanarsi dalla struttura. Il permesso dovrà essere richiesto all'Assistente Sociale tramite apposito modulo.

RECAPITI UTILI

Per eventuali richieste o informazioni, contattare la segreteria del servizio residenziale al numero 0965/79899 dal lunedì al venerdì, dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e dalle ore 16.00 alle ore 18.00; il sabato dalle ore 10.00 alle ore 12.00. In alternativa, inviare una mail all'indirizzo serviziosociale@novasalus.com.

Direttore sanitario

Dott. Lamanna Girolamo

Medici Specialisti

Dott. Prestifilippo Emanuele
Dott. Polimeni Domenico

Medici di Reparto:

Dott. Sità Domenico
Dott. Lamanna Girolamo

Servizio Sociale:

Dott.ssa Siviglia Francesca
mail:serviziosociale@novasalus.com

Numeri Utili:

Segreteria servizio residenziale
0965.79899

Sito web

www.novasalus.com

Il Centro Nova Salus

GUIDA ALL'INCIDENT REPORTING

EVENTO AVVERSO

INDICE

1. Il Rischio Clinico — l'Errore e l'Evento Avverso
 - Definizione di Rischio Clinico
 - Definizione di Errore ed Evento Avverso
2. La segnalazione degli eventi avversi: l'Incident Reporting
 - Definizione di Incident Reporting

1. Il Rischio Clinico — l'Errore e l'Evento Avverso

La sanità è un sistema complesso, e come tale, è vulnerabile esponendo così l'utente a possibili errori anche dannosi.

La condizione umana implica la possibilità di commettere errori (*errare humanum est*), in qualsiasi contesto (lavorativo e/o di apprendimento); in momenti in cui il soggetto è più vulnerabile, quali la mancanza di conoscenze, l'inesperienza, la distrazione, l'intensa attività lavorativa. Ma non sempre per l'operatore, vi è una chiara consapevolezza di queste condizioni, che diventano manifeste solo nel momento dell'errore stesso.

Ad oggi, il tema della sicurezza dei pazienti (*patient safety*), ossia l'assenza per l'utente di danni incidentali, quando entra in contatto con i servizi sanitari, e la garanzia di processi e procedure atte a ridurre al minimo la possibilità di errore e la capacità di intercettarli quando accadono, è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e rappresenta un elemento imprescindibile per l'erogazione di prestazioni di elevata qualità. Nel contesto nazionale, con la **legge Gelli-Bianco (L. 24 del 2017)**, si riconosce il diritto alla sicurezza delle cure, quale bene di portata costituzionale. Viene specificato l'obbligo in capo ad ogni lavoratore delle strutture sanitarie di concorrere alla prevenzione del rischio connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie.¹

Il Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche sottolinea l'importanza della sicurezza dell'assistito e la partecipazione attiva alla gestione del rischio. All'art. 32 – Partecipazione al governo clinico – cita:

"l'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte".²

Definizione di Rischio Clinico

Secondo l'Institute of Medicine Statunitense il **Rischio Clinico** è definito come:

"la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, e che sia causa di un prolungamento di tale periodo, di un peggioramento delle condizioni di salute o della morte".³

Tale condizione è misurabile *"in termini di probabilità e di conseguenze, come prodotto tra la probabilità che accada uno specifico evento (P) e la gravità del danno che ne consegue (D); nel calcolo del rischio si considera anche la capacità del fattore umano di individuare in anticipo e contenere le conseguenze dell'evento potenzialmente dannoso (fattore K)".* È possibile gestire il rischio in sanità, mettendo in atto interventi di **gestione del Rischio Clinico** (Risk Management), ovvero l'insieme di azioni complesse attivate al fine di migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente, sicurezza basata anche sull'apprendere dall'errore.

Facendo riferimento all'**incidente organizzativo** noto come "*modello del formaggio svizzero*" di Reason, ogni buco del formaggio rappresenta un fattore negativo, una debolezza del sistema (ad esempio un errore umano), che causa un incidente. Nel caso i buchi delle fette si sovrappongono, il rischio non è gestito e si verifica l'incidente; mentre se i buchi non si sovrappongono, venendo sbarrati dalle fette di formaggio (sistemi difensivi), l'incidente resta latente.

"L'errore è una componente inevitabile della realtà umana, in ogni sistema possono determinarsi circostanze che ne favoriscono il verificarsi; è quindi fondamentale creare condizioni che riducano la possibilità di sbagliare e le conseguenze di un errore quando questo si sia verificato". — Reason⁴

La gestione del rischio deve comprendere tutte le aree dove può presentarsi l'errore ed essere integrata, per permettere il cambiamento nella pratica clinica e produrre la **cultura della salute**, più centrata sul paziente e vicina agli operatori.⁵

È riconosciuto che la promozione della sicurezza dei pazienti si fonda su un approccio sistemico, che comprende lo studio degli eventi avversi, l'identificazione ed il controllo delle circostanze e dei fattori che possono facilitare o determinare un danno, per il paziente e la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti.

Gli ambiti del rischio nelle organizzazioni sanitarie sono riconducibili a: sicurezza del paziente, sicurezza del personale, emergenze esterne, sicurezza degli ambienti e attrezzature e rischi finanziari per danni alle persone.

Definizione di Errore ed Evento Avverso

Errore: "fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato".⁶

Evento avverso: "evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente non intenzionale e indesiderabile". Un evento avverso attribuibile ad un errore è un evento prevenibile.⁷

L'evento avverso comprende qualsiasi effetto negativo anche lieve, mentre l'**evento avverso grave è denominato "evento sentinella"**, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta, perché da parte dell'organizzazione sia necessaria un'indagine per accertare i fattori eliminabili o riducibili che lo hanno causato.⁸

L'**evento potenziale/evitato (near miss o close call)** è un errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso, che non si verifica per caso fortuito, perché **intercettato** (esempio: farmaco sbagliato ma non somministrato in quanto l'operatore si è accorto dell'errore) o perché non occorso (pavimento bagnato non segnalato, ma nessuna caduta avvenuta).

La classificazione degli errori secondo Reason distingue due tipi:

- **Errore attivo (active failure):** causato dalle azioni non sicure degli operatori in prima linea (a diretto contatto con l'utente). L'effetto è immediatamente percepito ed individuabile.
- **Errore latente (latent failure):** causato dal sistema (es. decisioni strategiche). È silente sino a quando un evento scatenante lo renderà manifesto. Rappresenta le debolezze strutturali di un sistema: tali condizioni sono gli esplosivi, gli errori sono gli inneschi scatenanti l'evento avverso o il near miss.

Rispetto all'agito, si possono commettere:

- **Errori di commissione:** qualsiasi azione medica o assistenziale eseguita non corretta o non dovuta (es. somministrare il farmaco sbagliato, o il farmaco alla concentrazione scorretta).
- **Errori di omissione:** qualsiasi azione medica o assistenziale non eseguita, ma necessaria per la cura della persona (es. non seguire il piano di movimentazione previsto per la prevenzione delle lesioni da pressione, non somministrare un farmaco prescritto).⁹⁻¹⁰

¹ 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". Gazzetta Ufficiale, (64). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/17/17G00041/sg>

² FNOPI (2019). "Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche". <https://www.fnopi.it>

- ³ Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US).
- ⁴ Reason, J. (2000). Human Error: Models and Management. *British Medical Journal*, 320, 768–770.
- ⁵ Ministero della Salute (2004). Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (DM 5 marzo 2003). "Risk management in sanità. Il problema degli errori". <https://www.salute.gov.it>
- ⁶ Ministero della Salute (2006). "La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico". <https://www.salute.gov.it>
- ⁷ Ministero della Salute (2011). "Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità". <https://www.salute.gov.it>
- ⁸ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2009). OSSERVATORIO NAZIONALE SUGLI EVENTI SENTINELLA. "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella". <https://www.salute.gov.it>
- ⁹ Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2022). *Medical Error Reduction and Prevention*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- ¹⁰ Ministero della Salute (2004). Commissione Tecnica sul Rischio Clinico. "Risk management in sanità. Il problema degli errori". <https://www.salute.gov.it>

2. La segnalazione degli eventi avversi: l'Incident Reporting

Non essendo completamente eliminabile la probabilità che un errore umano si verifichi, è necessario mettere in atto tutti gli interventi possibili, affinché si possa prevenire/ridurre al minimo il rischio di incidente.

Se l'errore accade e si analizza, si possono evidenziare i comportamenti che lo hanno prodotto e le condizioni che ne hanno facilitato il verificarsi. La gestione del rischio coinvolge tutti i professionisti attivamente, al fine di analizzare le situazioni critiche ed individuare le azioni di miglioramento.

Definizione di Incident Reporting

Incident Reporting: raccolta strutturata delle segnalazioni degli eventi avversi effettivi o near miss, delle situazioni non sicure, da parte degli operatori; permette di individuare le cause che hanno contribuito al verificarsi dell'incident. Analizzando l'errore avvenuto si ricostruisce il percorso, identificando i fattori di rischio e le carenze latenti.¹¹

Questo sistema, nato nel settore aeronautico per la segnalazione volontaria e confidenziale di eventi da parte di piloti e controllori di volo, è stato importato dai sistemi sanitari anglosassoni (Australia, Gran Bretagna, Stati Uniti) adattandolo alle organizzazioni sanitarie, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza dell'utente.

La modalità di raccolta delle segnalazioni è **volontaria e anonima** per i professionisti, in modo strutturato su eventi indesiderati. L'Incident Reporting è:

- Non punitivo — nessuna conseguenza disciplinare per chi segnala.
- Confidenziale — i dati non sono rivelati a terzi.
- Indipendente — non è subordinato ad autorità che possano punire il segnalante.
- Analizzato da esperti — in grado di comprendere le cause e il contesto.
- Tempestivo — la risposta è rapida e utile.
- Orientato al sistema — le raccomandazioni si concentrano sui processi, non sulle singole persone.
- Rispondente — permette la diffusione delle informazioni e l'applicazione delle raccomandazioni.¹²⁻¹³

La segnalazione ha lo scopo di sviluppare la **cultura della sicurezza**, di definire i profili del rischio, sostenere l'apprendimento e lo sviluppo di soluzioni considerando le cause profonde degli errori, sostenendo l'uso razionale delle risorse e migliorando la fiducia del cittadino verso il Sistema Sanitario Nazionale.

Rispetto alla Segnalazione degli Eventi Sentinella, il Ministero della Salute ha sviluppato il **SIMES (Sistema Informativo Ministeriale sugli Eventi Sentinella)**¹⁴, che prevede la segnalazione obbligatoria ed il monitoraggio di tali eventi. Nel 2009 il Ministero della Salute ha identificato 16 eventi con l'obbligo di segnalazione tempestiva:¹⁵

1. Procedura in paziente sbagliato.
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte).
3. Errata procedura su paziente corretto.
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure.
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0.
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto.
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita.
9. Morte o grave danno per caduta di paziente.
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale.
11. Violenza su paziente.
12. Atti di violenza a danno di operatore.
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso.

15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico.
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

Ad oggi la segnalazione dell'evento avverso o near miss è ancora poco diffusa, generalmente a causa di paura/vergogna, atteggiamento punitivo, poca stimolazione alla segnalazione; per contro la segnalazione è facilitata se esiste un **supporto istituzionale per i professionisti**, se la cultura della sicurezza è diffusa e si incentiva la segnalazione volontaria e confidenziale.¹⁶

In alcuni ambiti come la farmacoterapia l'evento avverso rappresenta una delle principali cause di lesioni e danni evitabili nei sistemi sanitari a livello internazionale; per questo l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lanciato la **terza sfida globale della terapia senza errori**, con l'obiettivo entro il 2022 di dimezzarli.¹⁷ Anche per gli studenti, gli incidenti più frequenti riguardano la farmacoterapia e sono dovuti a calcoli farmacologici errati, nome errato del paziente, farmaco errato e omissione della somministrazione del farmaco.¹⁸

In sanità, nella logica della trasparenza e dell'implementazione della sicurezza, la gestione e la comunicazione dell'evento avverso è da considerarsi ancor prima un **dovere etico e deontologico** tra gli operatori e gli utenti.

La formazione infermieristica *"ha l'obiettivo di assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali, nonché l'acquisizione di specifiche competenze professionali"* (L. 42/99).¹⁹⁻²⁰

Nell'ottica della cultura dell'apprendere dall'errore, il Corso di Studi in Infermieristica — Sedi Coordinate di Udine e Pordenone — si propone di motivare e sensibilizzare lo studente infermiere a implementare strategie per prevenire gli errori e, in caso di incidenti, segnalarlo.²¹

Per questo è stata creata una scheda ad hoc per documentare l'evento avverso, che si verifica durante il percorso formativo di tirocinio clinico; con l'obiettivo che lo studente impari dallo stesso, riflettendo sull'evento, identificando le omissioni ed individuando le strategie, che riducono il ripetersi dell'incidente.

¹¹ Albolino, S., Tartaglia, R., Bellandi, T., et al. (2010). Patient safety and incident reporting: survey of Italian healthcare workers. *Quality & safety in health care*, 19 Suppl 3, i8–i12. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.036376>

¹² Regione Emilia-Romagna Agenzia sanitaria e sociale regionale (2003). Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Dossier n. 86/2003.

¹³ Regione Emilia-Romagna Centro per la Gestione del Rischio Sanitario (2021). Quarto Report Regionale sulle Fonti Informative per la Sicurezza delle Cure.

¹⁴ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2009). OSSERVATORIO NAZIONALE SUGLI EVENTI SENTINELLA. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella. <https://www.salute.gov.it>

¹⁵ Ministero della Salute (2015). Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella – 5° Rapporto (Settembre 2005–Dicembre 2012). <https://www.salute.gov.it>

¹⁶ Nazário, S.S., Cruz E.D., Paes R.G., et al. (2021). Facilitating and hindering factors for reporting adverse events: an integrative review. *Acta Paul Enferm.* 34: eAPE001245. <https://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01245>

¹⁷ WHO (2017). Medication Without Harm. <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

¹⁸ Stolic, L., Southern, J., Sheridan, G. (2022). Medication errors by nursing students on clinical practice: An integrative review. *Nurse Education Today*, 112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105325>

¹⁹ Legge 26 febbraio 1999, n. 42. "Disposizioni in materia di professioni sanitarie". *Gazzetta Ufficiale*, (50). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/03/02/099G0092/sg>

²⁰ D.M. 14 settembre 1994, n. 739. "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere". *Gazzetta Ufficiale*, 1995, gennaio (6). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg>

²¹ Dennison, S., Freeman, M., Giannotti, N., & Ravi, P. (2022). Benefits of Reporting and Analyzing Nursing Students' Near-Miss Medication Incidents. *Nurse educator*, 47(4), 202–207. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001164>



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E
DELLE POLITICHE A FAVORE DEL SSN
EX DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

UFFICIO 3 - QUALITA', RISCHIO CLINICO E PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA

Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella

Luglio 2024

La presente versione, aggiornata e condivisa con la Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute – Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (Sub Area Rischio Clinico) e l'UOS Qualità, sicurezza e buone pratiche - Agenas ai sensi dell'art. 2 commi 5 e 6 del DM 11 dicembre 2009 - Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, sostituisce la precedente.

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	3
2. OBIETTIVI.....	6
3. CRITERI E CIRCOSTANZE PER LA DEFINIZIONE DI EVENTO SENTINELLA	8
5. PROCEDURA PER LA GESTIONE E VALIDAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA.....	18
6. REPORTISTICA E PUBBLICAZIONE DEL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA	19
7. MONITORAGGIO DELLO STATO DI ATTUAZIONE DEI PIANI DI AZIONE (MIGLIORAMENTO).....	20
8. IL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA COME SISTEMA DI LEARNING	21
SCHEDE DESCRITTIVE DEGLI EVENTI SENTINELLA	23
ALLEGATO 1	55
ALLEGATO 2	56

Referenti

Patrizia Cuccaro, p.cuccaro@sanita.it

Paola Maria Placanica, pm.placanica@sanita.it

Maria Grazia Laganà, mg.lagana@sanita.it

Ufficio 3 – Qualità, Rischio clinico e Programmazione ospedaliera

1. INTRODUZIONE

In un'ottica di risk management, un **evento sentinella** in una struttura sanitaria è da considerarsi un *“particolare tipo di indicatore la cui soglia di allarme è uno. Basta, cioè, che si verifichi una sola volta perché si renda necessaria un'indagine interna volta ad accertare se hanno contribuito al suo verificarsi alcuni fattori che potrebbero in futuro essere corretti”*. (JCAHO, 2001)

Dal punto di vista tassonomico, l'evento sentinella rappresenta un “evento inatteso che comporta la morte o gravi danni fisici o psicologici al paziente o il *rischio* [futuro] che tali danni si verifichino” (WHO, 2020). Con questa ultima precisazione si ricomprende tra gli eventi sentinella “qualsiasi variazione di processo che, in caso di ricorrenza, comporterebbe una significativa possibilità di un grave esito negativo” (WHO, 2020). Che si tratti di un danno potenziale o attuale, dunque, gli eventi sentinella sono caratterizzati dalla gravità dell'esito che ne consegue (o che ne potrebbe conseguire) e questo li rende un sottoinsieme specifico nell'ambito degli eventi avversi.

In tale ottica, gli eventi sentinella includono ma non coincidono con i cosiddetti **never events**, definiti come “incidenti relativi alla sicurezza del paziente che provocano gravi danni al paziente o la morte” (si tratta esplicitamente di eventi particolarmente *scioccanti*, come un intervento chirurgico nel sito sbagliato, che non dovrebbe mai verificarsi). (WHO, 2020).

Il Ministero della Salute nel 2005 ha attivato il monitoraggio degli eventi sentinella con l'obiettivo di condividere con le Regioni e Province Autonome (P.A.) e le Aziende sanitarie una modalità univoca di sorveglianza e gestione di tali eventi sul territorio nazionale a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Nel 2009, il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella è stato aggiornato per allinearsi allo schema definito dall'applicativo dell'NSIS “SIMES”, e con le modifiche che si sono rese necessarie a seguito della raccolta ed analisi dei dati pervenuti, mantenendo le caratteristiche di confidenzialità nei confronti di strutture sanitarie e professionisti.

Il monitoraggio ministeriale degli eventi sentinella prevede, oltre alla raccolta ed all'analisi delle informazioni, anche la produzione e la successiva implementazione di Raccomandazioni specifiche per prevenire o minimizzare il rischio di accadimento di questi particolari eventi avversi, nonché per assicurare un ritorno informativo alle strutture del SSN con la finalità di accrescere la cultura della sicurezza dei pazienti.

Questo nuovo aggiornamento del protocollo nasce da molteplici spinte: in primis, aggiornamenti normativi quali l'“Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità” nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario NSIS, e finalizzato alla raccolta delle informazioni relative agli eventi sentinella ed alla denuncia dei sinistri (Decreto 11 dicembre 2009) e l'emanazione della 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” che delinea le modalità di segnalazione degli eventi e del contenzioso anche attraverso il SIMES, e che prevede, tra l’altro, i Centri Regionali per la gestione dei rischi sanitari e l’Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche, l’istituzione dell’Osservatorio con Decreto 29 settembre 2017 e il più recente Decreto Ministeriale del 19 dicembre 2022 “Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l’accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie” il quale, tra i requisiti sopposti a verifica prevede la presenza di “un sistema di segnalazione degli incidenti (eventi, near miss, eventi sentinella) comprensivo dei dati raccolti attraverso i relativi debiti informativi nazionali (SIMES) e di cui all’art. 3 della legge 8 marzo 2017 n. 24”.

Si cita, inoltre, la Legge di Stabilità 2016 (Legge 28 dicembre 2015, n. 208, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale, n. 302 del 30 dicembre 2015) che, all’articolo 1 comma 539 sancisce che le Regioni e le Province autonome dispongano che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un’adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (risk management).

Infine, l’analisi degli eventi segnalati durante il periodo di vigenza del protocollo di monitoraggio e l’utilizzo sempre più estensivo del sistema di segnalazione hanno permesso di individuare gli aspetti concettuali, informativi e amministrativi meritevoli di innovazione e aggiornamento, anche grazie alla collaborazione e al confronto con la Sub Area Rischio Clinico della Commissione Salute Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e con AGENAS Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

L’aggiornamento che qui si riporta tiene conto, altresì, della moderna cornice di riferimento scientifico-istituzionale in materia di sistemi di reporting e learning, quali:

- Il Global Patient Safety Action Plan 2021–2030¹ che prevede (strategia 6.3) di stabilire, creare sinergie e potenziare i sistemi di sorveglianza sulla sicurezza dei pazienti per accertare la magnitudo e le cause di danno in ambito sanitario e impegna i governi, tra l’altro, ad istituire una procedura di indagine indipendente nei casi di grave danno e di eventi sentinella che meritano un’analisi approfondita;
- Il Patient Safety Incident Reporting And Learning Systems: technical report and guidance licenziato dalla World Health Organization nel 2020 che fornisce un framework di riferimento a livello centrale e locale per i moderni sistemi di segnalazione degli incidenti.

Infine, il monitoraggio delle Azioni di miglioramento, riportate nella Scheda B del sistema di monitoraggio degli eventi sentinella (Analisi delle cause e dei fattori contribuenti e Piano d’azione), rientra tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere alla quota premiale del

finanziamento, riferiti all'Allegato 1, punto 2, lettere c), e), f), g), h) ed agli articoli 3, 4 e 10 della predetta Intesa del 23 marzo 2005.

¹ Il GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021–2030 include tra gli indicatori di implementazione del Piano il seguente: *Number of countries that have implemented a system for reporting of never events (or sentinel events)*

2. OBIETTIVI

L'obiettivo generale del Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella è aumentare la sicurezza dei pazienti nelle strutture sanitarie a garanzia dei LEA tramite le seguenti azioni:

A livello locale (Azienda, struttura sanitaria)

- promuovere e facilitare le segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella;
- favorire una più puntuale ed efficace analisi delle cause e dei fattori contribuenti e determinanti per l'accadimento degli eventi stessi;
- orientare l'individuazione e l'implementazione di piani di azione sempre più pertinenti e funzionali alla prevenzione del riaccadimento;
- sensibilizzare alla verifica dell'effettiva implementazione delle azioni preventive e della loro efficacia sul campo;

A livello centrale (Regioni/Province autonome, Ministero della Salute)

- facilitare la raccolta e l'analisi delle segnalazioni riguardanti gli eventi sentinella;
- favorire l'elaborazione e la disseminazione di "Raccomandazioni" specifiche rivolte a tutte le strutture sanitarie;
- promuovere la valutazione dell'implementazione delle Raccomandazioni da parte delle strutture sanitarie;
- sistematizzare il ritorno informativo alle strutture sanitarie.

Sono obiettivi specifici dell'aggiornamento:

- ridurre la variabilità e la discrezionalità nella segnalazione degli eventi tra operatori, aziende e Regioni, attraverso la declinazione di ulteriori eventi sentinella nella lista positiva di cui al paragrafo 3.3. Tali ulteriori eventi derivano dall'analisi delle segnalazioni pervenute come "Evento 16 - Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente" nell'arco temporale di funzionamento del SIMES;
- definire con maggiore precisione i criteri di inclusione e di esclusione degli eventi da segnalare secondo le raccomandazioni del Patient Safety Incident Reporting And Learning Systems: technical report and guidance licenziato dalla World Health Organization nel 2020, anche utilizzando esempi e casi d'uso;
- standardizzare le regole di validazione degli eventi a livello regionale e ministeriale, identificando sia controlli logico-formali che di contenuto;
- definire modalità e tempistiche per la restituzione dei report ai referenti regionali;
- definire modalità e tempistiche per la pubblicazione dei report aggregati sui siti istituzionali;
- valorizzare gli aspetti di learning legati al sistema di segnalazione, sia in riferimento alla produzione e all'aggiornamento delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti sia in riferimento al sistema di governance dei piani di azione;

- perfezionare il flusso di segnalazione attraverso una maggiore ergonomia del sistema e dell'interfaccia del SIMES (aggiornamento delle liste di aventi sentinella, discipline, luogo di accadimento, fonte della segnalazione);

Segnalare un evento sentinella non ha ricadute sulla valutazione del livello di rischio di una struttura né riveste un significato epidemiologico: di conseguenza non determina impatti negativi sulla percezione dell'immagine delle strutture sanitarie; segnalare un evento sentinella significa impegnarsi a riconoscere eventuali disfunzioni del sistema organizzativo e a porvi rimedio.

3. CRITERI E CIRCOSTANZE PER LA DEFINIZIONE DI EVENTO SENTINELLA

3.1 Definizione di evento sentinella e criteri di esclusione

Nel contesto del Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella il Ministero della Salute definisce evento sentinella un “*evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e/o che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario*”.

Ai fini del flusso informativo disciplinato dal presente protocollo, sono considerati eventi sentinella:

- il danno stesso (ad esempio, morte materna);
- un accadimento che può essere causa di un danno successivo (ad esempio, la caduta o lo smarrimento di campioni istologici irripetibili);
- una attività o processo (ad esempio, triage sottostimato o procedura chirurgica su paziente errato o, ancora, l’effettuazione della chemioterapia).

In ogni caso, la definizione di evento sentinella sottende una potenziale evitabilità, definibile come una defaillance del sistema e/o il venir meno di barriere e sistemi di sicurezza e/o la mancata adesione degli operatori agli stessi. Sono, dunque, esclusi dalla definizione di evento sentinella:

- le complicanze delle pratiche clinico-assistenziali (quando non prevenibili, ancorché prevedibili);
- le reazioni avverse a farmaci o vaccini (quando sia dimostrabile la non prevedibilità della reazione);
- gli eventi conseguenti a malfunzionamento di dispositivi medici in cui non siano evidenziabili cattivo utilizzo (es. carenza di formazione o skills) o manutenzione incongrua.

3.2 Categorie di eventi sentinella e criteri di segnalazione nel flusso ministeriale

Gli eventi sentinella da segnalare secondo il flusso disciplinato dal presente protocollo sono riconducibili alle seguenti categorie:

- eventi caratterizzati dalla gravità dell’esito (*never events*), contraddistinti dalla definizione di “morte o grave danno derivati da”. Per la valutazione del “grave danno” si fa riferimento agli esiti o le condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale descritti al punto 3.4;
- eventi, incidenti o errori che evidenziano una deviazione dalle pratiche di sicurezza nell’ambito di processi ad alto rischio e che sono spia di un *modo di errore* che potrebbe ripresentarsi determinando esiti gravi.

Ai fini del presente protocollo, quando tale tipologia di evento, incidente o errore si realizza nell'ambito del processo trasfusionale o di erogazione della chemioterapia, essa va segnalata come evento sentinella indipendentemente dalla gravità dell'esito.

In tali specifiche circostanze vanno, cioè, segnalati anche i *no harm incident*, cioè gli eventi che non hanno causato danno ma una cui nuova occorrenza ha la potenzialità di causare un grave danno (ad esempio, trasfusione di una sacca errata ma senza che si origini alcuna reazione da incompatibilità).

Sono, invece, esclusi dalla segnalazione i *near miss*, cioè gli incidenti e gli errori che non hanno "raggiunto" il paziente (ad esempio, lo scambio di sacche nel processo trasfusionale, intercettato prima della trasfusione).

Nell'allegato 1 è disponibile un algoritmo decisionale per la segnalazione, mutuato dalla Classification of patient safety incidents del Patient Safety Incident Reporting And Learning Systems: technical report and guidance della World Health Organization (2020).

3.3 Lista degli eventi sentinella

Alla luce delle segnalazioni raccolte dall'Osservatorio di Monitoraggio degli Eventi Sentinella dal 2005 al 2023 e a seguito di una serie di interlocuzioni con la Sub Area Rischio Clinico delle Regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, si è inteso aggiornare la lista positiva degli eventi sentinella e le relative schede descrittive.

Tabella 1 Lista Eventi Sentinella

1. Procedura chirurgica o interventistica eseguita in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica o interventistica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura diagnostico-terapeutica su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Errore trasfusionale correlato ad incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kell, Lewis
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
8. Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Morte o grave danno causato da violenza verso o nei confronti di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Morte causata o concausata da infezione correlata alle pratiche assistenziali ospedaliere
17. Morte o grave danno conseguente ad errato utilizzo o utilizzo anomalo dei dispositivi medici/apparecchiature elettromedicali
18. Perdita/smarrimento di campioni anatomici/istologici/biologici o deterioramento che ne causa l'impossibilità di processazione
19. Morte o grave danno causato da esposizioni accidentali o indebite a radiazioni ionizzanti.
20. Morte o grave danno correlati a pratiche anestesilogiche
21. Morte o grave danno correlato ad errore e/o ritardo di diagnosi medica
22. Errore in chemioterapia
23. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

3.4. Esito dell'evento sentinella

In riferimento alla definizione di evento sentinella, di cui al punto 3.1 ed ai fini del presente Protocollo, si considerano **grave danno** gli esiti o le condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale, come di seguito indicato:

- ☐ Morte
- ☐ Disabilità permanente
- ☐ Coma

- ❑ Stato di malattia che determina prolungamento della degenza o cronicizzazione
- ❑ Trauma maggiore
- ❑ Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
- ❑ Reintervento chirurgico
- ❑ Rianimazione cardio respiratoria
- ❑ Richiesta di trattamenti psichiatrici e psicologici specifici
- ❑ Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kell, Lewis

Si prevede, altresì, la possibilità di segnalare esiti clinici non gravi nell'immediato, identificati come di seguito:

- ❑ Danno non grave o nessun danno correlati a chemioterapia o a trasfusione con potenziale esito grave in caso di riaccadimento;
- ❑ Ritardo diagnostico che comporta gravi ripercussioni sulla prognosi o richiede procedura invasiva non prevista;

Altro

Se “Altro” Specificare (ad esempio Trattamenti terapeutici con ulteriori farmaci che non sarebbero stati altrimenti necessari, Richiesta di indagini diagnostiche di maggiore complessità, Traumi e fratture).

4. PROCEDURA PER LA SEGNALEZIONE E TRASMISSIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA

4.1 Ambito di applicazione

Il presente Protocollo si applica al realizzarsi di un evento avverso seguito da esito grave e/o al verificarsi di un errore nel processo trasfusionale o chemioterapico il cui riaccadimento ha una significativa potenzialità di causare eventi avversi gravi.

Tali circostanze possono rendersi note alla Direzione Sanitaria e al Risk Manager attraverso diversi “punti di innesco”:

- segnalazione da parte di un operatore sanitario (medico, infermiere od altro professionista coinvolto nell’evento avverso/incidente o che sia venuto a conoscenza dell’occorrenza di un evento avverso/incidente);
- pubblicazione su organi di stampa o media;
- segnalazione all’URP o ad altri punti di ascolto anche extra-aziendali (es. esposti alla Regione o al Ministero della Salute);
- attraverso altri flussi informativi relativi alla patient safety (es. segnalazioni di Dispositivo vigilanza, Farmacovigilanza, Vaccinovigilanza, Emovigilanza);
- richiesta di risarcimento, previa valutazione del Risk Manager;
- revisione retrospettiva di cartelle cliniche/documentazione sanitaria;
- altro.

In ognuno di questi casi, la procedura aziendale deve garantire che la segnalazione raggiunga nel più breve tempo possibile la Direzione Sanitaria/Direzione Aziendale e il Risk Manager. Al fine di governare il processo con tempestività e competenza, è raccomandabile coinvolgere, istruire e formare opportunamente gli operatori sulle modalità e i tempi di segnalazione, eventualmente designando dei facilitatori in ciascun reparto/unità operativa.

4.2 Attività e matrice di responsabilità

All’occorrenza della notizia di un evento avverso con esito grave o di altra circostanza riconducibile alla definizione di evento sentinella, di cui al paragrafo 3 di questo protocollo, la Direzione sanitaria, oltre ad attuare tutte le misure necessarie al fine di mitigare il danno e attivare i dovuti processi di comunicazione con pazienti e/o loro familiari in modo trasparente e completo, promuove l’applicazione delle azioni previste dalla procedura aziendale di gestione degli eventi sentinella, avviando nel più breve tempo possibile le azioni, di seguito descritte. Il Risk manager, o altro referente individuato dalla Direzione aziendale abilitato alla segnalazione su SIMES:

- verifica la sussistenza dei criteri di definizione di evento sentinella di cui al paragrafo 3, coinvolgendo il personale del reparto/unità in cui l'evento è occorso e consultando la documentazione sanitaria disponibile. Se da tale verifica si evidenziano elementi di potenziale evitabilità ovvero di una grave deviazione dalle pratiche di sicurezza in ambito trasfusionale o chemioterapico, indipendentemente dalla gravità dell'esito, segnala l'evento sentinella sull'applicativo informatico SIMES utilizzando la scheda A del presente Protocollo, assicurando la massima accuratezza nella compilazione dei campi e producendo una descrizione sintetica ma esaustiva dell'esito dell'evento e della dinamica che presumibilmente può averlo determinato o che può aver contribuito all'accadimento;
- raccoglie ed analizza tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento. Per tale finalità, il Risk Manager adotta tecniche di analisi pertinenti e funzionali a tale scopo, quali la root cause analysis, il significant event audit od altri metodi reattivi di analisi per la gestione del rischio clinico seguendo le indicazioni contenute nella scheda B del presente Protocollo. La conduzione dell'analisi prevede la partecipazione del personale coinvolto nell'accadimento dell'evento e la creazione di un clima favorevole all'ascolto, confidenziale e non colpevolizzante.
- in riferimento a ciascuna causa/fattore identificato, il Risk Manager predisponde un piano d'azione basato su una accurata analisi di fattibilità e potenzialmente in grado di prevenire il riaccadimento di eventi analoghi, precisando:
 - ✓ la descrizione di ciascuna azione che compone il piano;
 - ✓ il responsabile dell'azione;
 - ✓ l'indicatore di esito o di processo misurabile;
 - ✓ il giorno della misura;
 - ✓ la periodicità della misura;

il Piano d'Azione deve essere congruo quantitativamente e qualitativamente con i fattori causali evidenziati e deve coinvolgere attori, servizi e uffici preposti alla verifica di fattibilità e all'implementazione del piano (es. Ufficio Formazione, Ufficio Tecnico ecc);
- invia la scheda B per l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e il Piano d'azione entro 60 giorni solari.

Qualora l'analisi non evidenziasse alcuna causa profonda o alcun fattore contribuente, il Risk Manager indicherà sul sistema SIMES nella Scheda B nel box "azioni per riduzione rischio" al campo "descrizione" la causale «NON SONO STATE ACCERTATE CAUSE E

FATTORI CHE HANNO CONTRIBUITO A DETERMINARE L'EVENTO SENTINELLA » e, di conseguenza, non sarà necessario inserire il relativo piano d'azione.

In ciascuno di tali fasi, il Risk Manager può avvalersi del supporto di un gruppo di esperti all'uopo designati (team rischio clinico, comitato rischio clinico ecc).

In ogni caso, il Risk Manager informa tutti coloro che hanno gestito l'evento e la relativa segnalazione che “i verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari” (art. 16 Legge 24 marzo 2017).

4.3 Segnalazione dell'evento – Scheda A

La segnalazione dell'evento mediante Scheda A va effettuata il prima possibile dopo l'accadimento o dopo l'avvenuta conoscenza dell'evento da parte del Risk Manager. L'intervallo di tempo tra la data di accadimento e la data di segnalazione, anche se non soggetta a monitoraggio né a vincoli specifici, è un indicatore proxy della sensibilità dell'organizzazione nei confronti della sicurezza del paziente e, come tale, va opportunamente considerata dalla struttura sanitaria e dalla Regione /P.A. Nella segnalazione dell'evento sentinella, è necessario riportare in Scheda A:

- **anagrafica della struttura** in cui si è verificato l'evento e i dati di contatto del **Referente** della compilazione;
- **la data di compilazione;**
- **il tipo di evento**, selezionato dalla lista o compilabile testualmente in caso di scelta del campo 23 “Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente”. Si raccomanda di usare questa opzione solo nei casi in cui, pur essendo rispettati i criteri di cui ai paragrafi 3.1 e 3.2, l'evento non possa essere ricondotto ad alcun evento descritto nella lista positiva di cui al paragrafo 3.3;
- **genere e anno** di nascita del paziente coinvolto. Se l'anno di nascita non è noto, indicare 0000
- **l'esito** dell'evento, come descritto al paragrafo 3.4;
- **la data e l'ora** di accadimento dell'evento. Nel caso dell'evento n. 4 “Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure”, se non si hanno informazioni su data e ora dell'intervento in cui si è verificata la ritenzione di strumento o materiale chirurgico, si raccomanda di indicare la data e l'ora del rinvenimento (es. data e ora dell'esame diagnostico o del reintervento);
- **la disciplina** medico chirurgica in cui l'evento si è verificato;
- **il luogo** dell'incidente, da selezionare tra:

- Ambulanza
 - Ambulatorio
 - Bagni
 - Corridoio
 - Domicilio
 - Reparto di degenza
 - Sala operatoria
 - Scale
 - Terapia intensiva
 - Percorso esterno di collegamento o trasporto tra blocchi ospedalieri fisicamente separati
 - Viali esterni
 - Strutture di diagnostica
 - Palestre
 - Sale d'attesa o altri
 - Ascensori
 - Ambulatorio di guardia medica / MMG / PLS
 - Pronto soccorso
 - Altro (specificare)
- una valutazione preliminare dell'evento che comprenda una **breve descrizione** di quanto accaduto e, se disponibili, **cause e fattori** che possano aver contribuito all'evento.

4.3 Analisi delle cause e dei fattori contribuenti e piano d'azione – Scheda B

L'analisi delle cause e dei fattori contribuenti e la definizione del piano di azione vanno trasmessi mediante Scheda B entro 60 giorni solari dall'invio della Scheda A.

Nella Scheda B vanno indicati:

- la **descrizione dell'evento**: per quanto breve, in questa fase la descrizione sarà presumibilmente più dettagliata ed esaustiva rispetto a quella riportata in Scheda A e dovrà riportare eventuali variazioni dell'esito (es. decesso successivo a periodo di coma). Si raccomanda una descrizione chiara e schematica, riportata secondo un ordine logico/cronologico (se possibile, riportare una sintetica linea del tempo con gli episodi più salienti) e secondo un approccio per processi;

- il **metodo di analisi**, privilegiando se possibile tecniche retroattive appropriate per un evento sentinella quali, ad esempio, la root cause analysis² o il significant event audit³;
- uno o più tra **cause e fattori**:
 - LEGATI ALLA COMUNICAZIONE
 - UMANI
 - AMBIENTALI
 - LEGATI ALLE TECNOLOGIE SANITARIE⁴.

Nella selezione di cause e fattori, una volta identificate gli *active failure* – atti non sicuri od omissioni attribuibili agli operatori e facilmente identificabili in quanto correlati nel tempo e nello spazio all’evento - si raccomanda di investigare e indicare le *latent failure*, cioè le eventuali condizioni latenti di insicurezza nelle quali l’evento si è verificato con riferimento al più ampio contesto organizzativo, secondo un approccio di analisi sistemica dell’evento;

- il **piano d’azione**: è la sezione maggiormente qualificante la Scheda B. Si raccomanda di scegliere soluzioni congrue con le cause emerse e con i fattori identificati e pianificare un orizzonte temporale di realizzazione pertinente, nonché di designare un responsabile dell’azione competente e dotato di ruolo appropriato.

²<https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioPubblicazioniSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=1103>

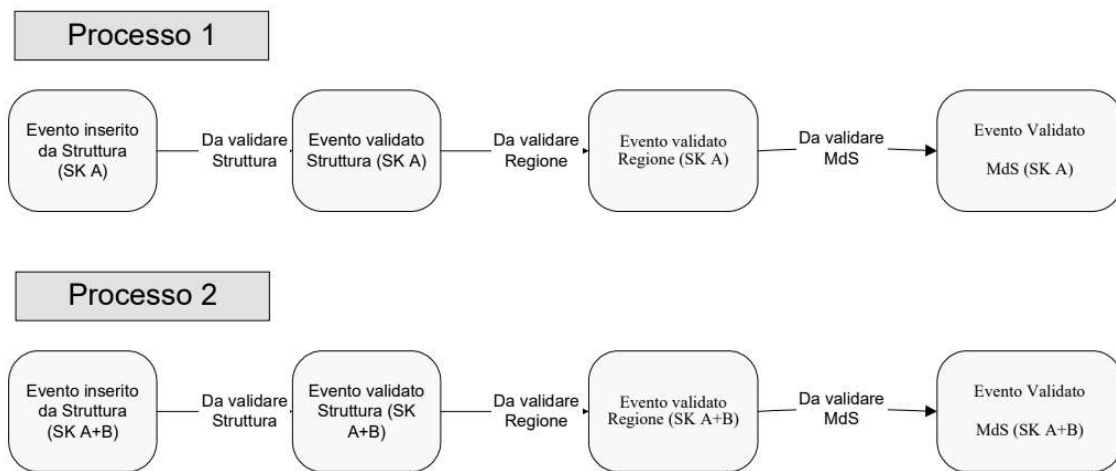
³ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf

⁴ La tecnologia sanitaria viene tradizionalmente definita come l’insieme dei componenti o qualsiasi altro elemento che permette l’erogazione dei servizi assistenziali, ovvero come “l’insieme di farmaci, strumenti, procedure mediche e chirurgiche utilizzate per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione della malattia” (Jonsson e Banta, 1999). L’Office of technology assessment (Ota) include nel concetto di tecnologia sanitaria non solo tutti gli strumenti, apparecchiature, farmaci e procedure mediche e chirurgiche impiegati nell’erogazione di servizi sanitari, ma anche i sistemi organizzativi e di supporto attraverso i quali l’assistenza sanitaria viene fornita. La definizione data dall’Ota, peraltro molto simile a quella fornita dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, include, oltre ad una componente tangibile, altri importanti elementi intangibili. Raiseman (1996) individua quattro elementi caratterizzanti le tecnologie sanitarie: clinici (diagnostici, medici, chirurgici), di ricerca, amministrativi, per l’educazione. Geisler e Heller (1998) ampliano il concetto includendovi, oltre ai prodotti farmaceutici e ai dispositivi medici, i servizi e le procedure medico-chirurgiche, le regole amministrative, le procedure e i flussi di lavoro, l’addestramento all’uso delle tecnologie, la tecnologia informatica e le strategie e politiche riguardanti la tecnologia e la formazione ad essa legati. (Cichetti, 2007)

4.4 Modalità di trasmissione della segnalazione

La segnalazione dell'evento sentinella segue il flusso disciplinato dal DM 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità" e descritto in dettaglio nel Manuale Utente disponibile al link:

https://www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_92_paragrafi_paragrafo_0_listaFile_itemName_4_fileAllegato.pdf:



Rispetto alle tempistiche di trasmissione indicate nel citato DM e nel Manuale Utente, con il presente Protocollo il tempo per la trasmissione della Scheda B è fissato in 60 giorni in luogo che 45.

5. PROCEDURA PER LA GESTIONE E VALIDAZIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA

5.1 Analisi e validazione delle schede di segnalazione a livello centrale

Le schede di segnalazione degli eventi sentinella prodotte dalle Aziende e dalle strutture sanitarie vengono raccolte a livello regionale e analizzate dal Referente incaricato.

L'analisi permette alla Regione:

- di monitorare il funzionamento del sistema di segnalazione;
- di individuare eventi particolarmente critici che meritano un approfondimento, eventualmente da condursi a cura della Regione;
- la validazione delle schede.

In merito alla validazione regionale, si specifica quanto segue:

La Scheda A è da considerarsi validabile e, dunque, validabile dalla Regione se

- Completa in tutti i campi (inclusa la specifica testuale dei campi «altro»)

La Scheda B è da considerarsi validabile e, dunque, validabile dalla Regione se

- Completa in tutti i campi (inclusa la specifica testuale dei campi «altro») e
- Presenti fattori contribuenti o presente la dicitura «NON SONO STATE ACCERTATE CAUSE E FATTORI CHE HANNO CONTRIBUITO A DETERMINARE L'EVENTO SENTINELLA» e
- Presenti le azioni di miglioramento, responsabili e indicatore.

Si raccomanda di verificare che le azioni di miglioramento risultino congruenti (quantitativamente e qualitativamente con fattori).

A tal fine le Regioni provvedono a verificare mensilmente eventuali schede incomplete o difformi e a notificare tali aspetti alle aziende.

Il Ministero della Salute raccoglie le schede pervenute dalle Aziende e dalle strutture sanitarie, e procede alla validazione. La validazione ministeriale è condotta sui soli eventi già validati a livello regionale.

5.2 Autoassessment regionale

Si raccomanda alle Regioni di monitorare la qualità del sistema di segnalazione attraverso la verifica di indicatori da valutare periodicamente.

Nell'allegato 2 si propongono alcuni indicatori di monitoraggio.

6. REPORTISTICA E PUBBLICAZIONE DEL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA

Come previsto dall'art. 7 del DM 11 dicembre 2009 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità", le informazioni relative agli eventi sentinella desunte dal flusso SIMES verranno diffuse con modalità aggregate, sentita la Sub Area Rischio Clinico delle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano.

Per sistematizzare la modalità di elaborazione della reportistica e la relativa pubblicazione, entro il 30 aprile di ogni anno, l'Osservatorio Eventi Sentinella del Ministero della Salute invia alla Sub Area Rischio Clinico delle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano un report disaggregato per livello regionale, relativo agli eventi sentinella segnalati nell'anno precedente contenente:

- Elenco delle segnalazioni pervenute per ciascun ES (totale Schede A e Schede B)
- Elenco delle Schede A inviate e non seguite da Scheda B - oltre i 60 gg
- Elenco delle Schede A e/o B non validata/e
- Elenco delle Schede B «NON SONO STATE ACCERTATE CAUSE E FATTORI CHE HANNO CONTRIBUITO A DETERMINARE L'EVENTO SENTINELLA»

Entro il 30 giugno, l'Osservatorio Eventi Sentinella del Ministero della Salute, sentita la Sub Area Rischio Clinico delle regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, invia al Ministro della Salute il report aggregato per livello regionale, relativo agli eventi sentinella segnalati nell'anno precedente contenente:

- CONTEGGIO TOTALE VALIDATI REGIONE/MdS

Gli eventi segnalati oltre il 30 giugno successivo all'anno di accadimento saranno gestiti e validati secondo le procedure previste dal presente Protocollo ma non saranno considerati nella predisposizione dei relativi report.

7. MONITORAGGIO DELLO STATO DI ATTUAZIONE DEI PIANI DI AZIONE (MIGLIORAMENTO)

Le regioni e le PPAA monitorano lo stato di attuazione dei piani di miglioramento relativi agli eventi sentinella segnalati dalle strutture del SSR nell'anno precedente a quello di riferimento, attraverso la valutazione degli indicatori previsti dalla scheda B.

In una prima fase di attuazione del monitoraggio, quest'ultimo è riservato esclusivamente al monitoraggio dei piani di miglioramento degli eventi sentinella di seguito elencati:

1. Errore trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0, Rh, Duffy, Kell, Lewis
2. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
3. Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza
4. Morte o grave danno permanente in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite

Le Regioni individueranno gli eventi e/o le categorie di eventi ulteriori sui quali condurre il monitoraggio dei relativi piani di miglioramento.

Al fine di facilitare il monitoraggio dei piani di miglioramento da parte delle regioni, è in fase di predisposizione lo sviluppo di un'apposita sezione sul sistema SIMES, la Scheda C, che le organizzazioni sanitarie saranno tenute ad aggiornare entro 9 mesi dalla segnalazione

8. IL MONITORAGGIO DEGLI EVENTI SENTINELLA COME SISTEMA DI LEARNING

L'obiettivo principale di un sistema di reporting è quello di “favorire l'apprendimento per migliorare la sicurezza e non essere semplicemente un veicolo per comunicare un *failure*”⁵.

In particolare, le informazioni derivanti dalle segnalazioni di incidenti sulla sicurezza dei pazienti possono essere utilizzate per sette principali scopi:

- produrre/elaborare indicazioni per prevenire (o ridurre il rischio di) un incidente simile nell'area di assistenza in cui si è verificato (Raccomandazioni, buone pratiche);
- comunicare informazioni che potrebbero portare alla prevenzione di un incidente simile altrove nel sistema sanitario di un paese o a livello globale;
- aggregare con altri report per produrre maggiori volumi di dati in grado di fornire la massima comprensione possibile dei problemi nel sistema che ha provocato il danno (o il rischio di danno);
- per l'istruzione e la formazione;
- per ricerca, sviluppo e miglioramento;
- per la rendicontazione pubblica (*accountability*);
- per una divulgazione aperta ai pazienti e alle famiglie.

Questo è possibile solo se le segnalazioni sono in grado di:

- rendere visibili i rischi;
- contribuire a creare le condizioni per prevenire ulteriori danni.

8.1 Curare il contesto di segnalazione e analisi

Per le finalità sopra espresse, è fondamentale che l'organizzazione favorisca un contesto culturale in cui le segnalazioni siano promosse e apprezzate e il personale sia incoraggiato alla partecipazione.

È, altresì, importante che l'analisi dell'evento sia condotta in un clima altrettanto favorevole e positivo, da personale opportunamente informato e formato sulle principali tecniche di analisi degli eventi, con l'eventuale supporto di facilitatori oltre che del Risk Manager aziendale e, soprattutto, con il commitment della Direzione aziendale.

8.2 Dall'analisi dell'evento alla predisposizione dei piani di miglioramento

Il WHO mette in guardia sul fatto che non esista un collegamento automatico tra capire cosa è “andato storto” ed essere in grado di ridurre il rischio che accada di nuovo.

La specificazione dei piani d'azione è spesso fatta in fretta, senza una revisione sufficiente delle evidenze di letteratura o esperienza di buone pratiche altrove. Le azioni scelte sono spesso

⁵ Patient Safety Incident Reporting And Learning Systems: technical report and guidance - World Health Organization, 2020

selezionate perché sembrano essere di buon senso: per esempio, incrementare la formazione, elaborare nuove procedure, migliorare la comunicazione. Tali azioni sono spesso formulate in modo impreciso e il loro impatto non è monitorato.

Si raccomanda di proporre piani di miglioramento studiati in base alla reale capacità di intercettare e prevenire il rischio di accadimento degli eventi, e realisticamente correlati, per quantità e tipologia, ai fattori contribuenti emersi nel corso dell'indagine.

Si raccomanda, infine, di far partecipare all'analisi dell'evento e alla formulazione del piano di miglioramento tutti gli attori e gli stakeholders coinvolti dal processo in cui l'evento è occorso, ivi inclusi i servizi centrali e di supporto (es. provveditorato, ufficio tecnico ecc).

8.3 Il coinvolgimento dei pazienti e dei familiari

Il team dell'OMS, attraverso il suo programma Patients for Patient Safety, ha molti esempi di come le emozioni suscitate nell'ascolto della storia del danno può portare a un cambiamento benefico. Generalmente, questo promuove il verificarsi di due situazioni:

- ispirare e motivare gli operatori sanitari
- trasformare le organizzazioni sanitarie nella loro leadership, cultura e priorità.

Spesso è solo il paziente, il familiare o il caregiver che ha una visione completa dell'insieme percorso di cura che circonda un evento; questo sottolinea il valore del coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie e dei caregiver nell'indagare e capire cosa sia accaduto e le circostanze verificatesi intorno a un incidente. I migliori sistemi di segnalazione includono e incoraggiano anche le segnalazioni generate dai pazienti.

Le buone pratiche in tutto il mondo suggeriscono che i pazienti che subiscono danni e le loro famiglie dovrebbero essere pienamente informati su cosa è successo, come è successo e cosa sarà fatto per prevenire un altro evento simile. Inoltre, dovrebbero essere pienamente coinvolti (se lo desiderano) nel lavorare con l'organizzazione per apportare il cambiamento.

Il coinvolgimento del paziente e dei familiari o caregiver è, altresì, uno dei pilastri del Global safety Action Plan 2021-30 (obiettivo strategico 4), nel quale il coinvolgimento si sostanzia anche nella progettazione di strategie e nella definizione di azioni per ridurre la probabilità di recidiva.



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

PROCEDURA C ICA

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

Codice Procedura: PRO-ICA-003

Versione: 1.0

Data emissione: [da definire]

Data applicazione: [da definire]

Prossima revisione: [annuale]

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

1.1 Scopo

La presente procedura definisce il framework di pratiche e comportamenti clinici per prevenire le Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) nelle attività di Assistenza al fine di:

- Proteggere gli assistiti da infezioni acquisite durante l'assistenza
- Proteggere gli operatori da esposizioni a patogeni
- Ridurre la trasmissione di microrganismi tra assistiti
- Promuovere pratiche basate sull'evidenza
- Coinvolgere attivamente assistito e caregiver nella prevenzione

1.2 Definizioni fondamentali

Infezione Correlata all'Assistenza (ICA): infezione che si manifesta durante o dopo un intervento assistenziale, non presente né in incubazione al momento dell'inizio dell'assistenza, e che sia correlabile alle pratiche assistenziali.

Precauzioni Standard: insieme di pratiche di prevenzione applicate a TUTTI gli assistiti, indipendentemente dalla presenza o meno di infezioni note.

Precauzioni basate sulla trasmissione: misure aggiuntive da applicare a specifici assistiti con infezioni note o sospette, oltre alle precauzioni standard.

Catena della trasmissione: sequenza di eventi necessari perché si verifichi la trasmissione di un patogeno:

Serbatoio → Via di uscita → Modalità di trasmissione → Via di ingresso → Ospite suscettibile

1.3 Campo di applicazione

La procedura si applica a:

- Tutte le attività assistenziali domiciliari
- Tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza diretta
- Tutte le interazioni con assistito, ambiente e materiali

1.4 Personale coinvolto

- Infermieri professionali



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

- Operatori Socio-Sanitari (OSS)
- Medici domiciliari (quando presenti)
- Fisioterapisti e altri operatori sanitari
- Coordinatore (supervisione, sorveglianza, formazione)

2. RIFERIMENTI NORMATIVI E LINEE GUIDA

- D.Lgs. 81/2008 - Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- Linee Guida OMS "Guidelines on Hand Hygiene in Health Care"
- Linee Guida CDC "Guideline for Isolation Precautions"
- Raccomandazioni Ministero della Salute per la prevenzione delle ICA
- Bundle di prevenzione delle infezioni da dispositivi invasivi (GAVECELT, CDC)
- Raccomandazioni ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)

3. RESPONSABILITÀ

3.1 Direttore Sanitario

- Approva la procedura e garantisce le risorse necessarie
- Promuove la cultura della sicurezza e prevenzione
- Verifica l'applicazione e l'efficacia

3.2 Coordinatore Infermieristico

- Supervisiona l'applicazione delle pratiche di prevenzione
- Organizza formazione continua
- Gestisce il sistema di sorveglianza delle ICA
- Analizza eventi e promuove miglioramento continuo
- Interfaccia con strutture ospedaliere e MMG per segnalazioni

3.3 Infermiere Professionale

- Applica sistematicamente le pratiche di prevenzione
- Valuta il rischio infettivo dell'assistito
- Gestisce dispositivi invasivi secondo protocolli
- Educa assistito e caregiver
- Sorveglia e segnala segni/sintomi di infezione

3.4 Operatore Socio-Sanitario

- Applica igiene delle mani e precauzioni standard
- Collabora nella sorveglianza
- Segnala prontamente segni/sintomi sospetti
- Partecipa all'educazione del caregiver



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

3.5 Assistito e Caregiver

- Partecipano attivamente alla prevenzione
- Applicano le indicazioni ricevute (igiene, gestione ambiente)
- Segnalano tempestivamente segni/sintomi

4. PRINCIPI GENERALI DI PREVENZIONE

4.1 Rottura della catena della trasmissione

La prevenzione delle ICA si basa sull'interruzione della catena della trasmissione in uno o più punti:

Elemento catena	Interventi preventivi
Serbatoio (fonte di microrganismi)	Identificazione portatori, isolamento, bonifica ambientale
Via di uscita	Gestione corretta secreti/escreti, medicazioni, dispositivi
Trasmissione	Igiene mani, DPI, disinfezione superfici
Via di ingresso	Tecniche asettiche, protezione cute/mucose, gestione dispositivi invasivi
Ospite suscettibile	Valutazione rischio, nutrizione, immunizzazione, educazione

4.2 Approccio multimodale (OMS)

La prevenzione efficace richiede interventi simultanei su:

1. **Cambiamento del sistema** (disponibilità di risorse, DPI, prodotti)
2. **Formazione e addestramento** del personale
3. **Valutazione e feedback** (audit, indicatori)
4. **Promemoria nel posto di lavoro** (poster, checklist)
5. **Clima di sicurezza** (leadership, cultura organizzativa)

4.3 Valutazione del rischio infettivo

Per ogni assistito, valutare:

- **Fattori intrinseci:** età avanzata, comorbidità, immunosoppressione, malnutrizione, compromissione cutanea
- **Fattori estrinseci:** dispositivi invasivi, ferite chirurgiche recenti, terapie antibiotiche, colonizzazioni note
- **Fattori ambientali:** condizioni igieniche domicilio, presenza caregiver competente, animali domestici

Vedere Allegato B - Checklist valutazione rischio infettivo assistito.

5. IGIENE DELLE MANI

5.1 Principio cardine

L'igiene delle mani è la **SINGOLA MISURA PIÙ EFFICACE** per prevenire le ICA.



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

Tutti gli operatori devono applicarla sistematicamente secondo i 5 momenti OMS.

5.2 I 5 MOMENTI DELL'IGIENE DELLE MANI (OMS)

VEDERE ALLEGATO A - Poster 5 momenti igiene mani per riferimento visivo.

MOMENTO 1: PRIMA DEL CONTATTO CON L'ASSISTITO

- Prima di toccare l'assistito
- Prima di entrare nella "zona assistito" (letto, area di cura)
- **Obiettivo:** Proteggere l'assistito dai microrganismi sulle mani dell'operatore

MOMENTO 2: PRIMA DI PROCEDURE ASETTICHE

- Prima di qualsiasi procedura che comporti contatto con mucose, cute non integra, dispositivi invasivi
- Esempi: medicazione ferita, inserimento/gestione catetere, preparazione farmaci iniettabili, prelievo sangue
- **Obiettivo:** Proteggere l'assistito da microrganismi che potrebbero penetrare nell'organismo

MOMENTO 3: DOPO ESPOSIZIONE A LIQUIDI BIOLOGICI

- Immediatamente dopo qualsiasi possibile esposizione a sangue, liquidi corporei, secrezioni, escrezioni
- Anche se si indossano guanti (dopo rimozione)
- **Obiettivo:** Proteggere l'operatore e l'ambiente da microrganismi patogeni

MOMENTO 4: DOPO CONTATTO CON L'ASSISTITO

- Dopo aver toccato l'assistito
- Dopo aver lasciato la "zona assistito"
- **Obiettivo:** Proteggere l'operatore e l'ambiente da microrganismi dell'assistito

MOMENTO 5: DOPO CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO ALL'ASSISTITO

- Dopo aver toccato superfici, oggetti nell'area assistito (sponde letto, comodino, campanello)
- Anche senza aver toccato direttamente l'assistito
- **Obiettivo:** Proteggere l'operatore e l'ambiente

5.3 Come eseguire l'igiene delle mani

5.3.1 Frizione alcolica (metodo preferito in ADI)

Quando usarla:

- In tutte le situazioni in cui igiene mani è richiesta E mani non sono visibilmente sporche
- È il metodo standard in ADI (praticità, efficacia, rapidità)

Procedura (durata totale: 20-30 secondi):

1. Applicare quantità adeguata di gel (3-5 ml) nel palmo di una mano
2. Strofinare le mani coprendo tutte le superfici:
 - Palmo contro palmo



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

- Dorso di ciascuna mano
- Spazi interdigitali
- Dorso delle dita
- Pollici
- Unghie (sfregare su palmo opposto)
- Polsi

3. Continuare fino a completa asciugatura (NON asciugare con panno)

Caratteristiche gel alcolico:

- Concentrazione alcol 60-80%
- Contenitore tascabile per ogni operatore
- Disponibile anche presso domicilio assistito (lasciare flacone)

5.3.2 Lavaggio con acqua e sapone

Quando usarlo:

- Mani visibilmente sporche o contaminate con materiale organico
- Dopo uso WC
- Prima di mangiare
- Sospetta esposizione a spore (es. Clostridioides difficile)
- Quando gel alcolico non disponibile

Procedura (durata totale: 40-60 secondi):

1. Bagnare mani con acqua corrente
2. Applicare sapone (preferibilmente liquido)
3. Insaponare strofinando tutte le superfici (come frizione alcolica)
4. Risciacquare abbondantemente con acqua corrente
5. Asciugare con asciugamano monouso o pulito
6. Chiudere rubinetto con asciugamano (non con mani pulite)

5.4 Cura delle mani

- Mantenere unghie corte, pulite, senza smalto
- Rimuovere anelli, bracciali, orologi prima dell'assistenza
- Curare la cute (dermatiti riducono compliance)
- Applicare creme emollienti (fuori orario di lavoro)
- Segnalare lesioni cutanee al coordinatore

6. USO APPROPRIATO DEI GUANTI

6.1 Principi generali

I guanti NON sostituiscono l'igiene delle mani.

- Guanti proteggono da esposizione a liquidi biologici



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

- Guanti prevengono contaminazione mani con flora assistito
- Guanti possono trasmettere infezioni se usati in modo scorretto

6.2 Quando indossare i guanti

Guanti **OBBLIGATORI** quando:

- Contatto con sangue, liquidi corporei, secrezioni, escrezioni
- Contatto con mucose o cute non integra
- Contatto con dispositivi invasivi
- Manipolazione di materiali contaminati
- Applicazione precauzioni da contatto

Guanti **NON necessari**:

- Contatto con cute integra e asciutta
- Misurazione pressione, temperatura ascellare
- Mobilizzazione assistito (se cute integra)

6.3 Come usare correttamente i guanti

- ✓ Eseguire igiene mani **PRIMA** di indossare i guanti
- ✓ Scegliere taglia appropriata
- ✓ Verificare integrità prima dell'uso
- ✓ Cambiare guanti tra attività diverse (es. da gestione urine a medicazione)
- ✓ Cambiare guanti se danneggiati
- ✓ Rimuovere guanti immediatamente dopo l'attività
- ✓ **NON** toccare superfici pulite con guanti contaminati
- ✓ **NON** lavare/riutilizzare guanti monouso
- ✓ Eseguire igiene mani **DOPO** rimozione guanti

6.4 Tecnica di rimozione guanti contaminati

1. Afferrare esterno di un guanto vicino al polso
2. Staccare dal polso, rivoltando
3. Tenere guanto rimosso nella mano ancora guantata
4. Inserire dita della mano nuda sotto il polso del guanto rimasto
5. Rimuovere rivoltando, inglobando il primo guanto
6. Smaltire in rifiuti appropriati
7. **Igiene mani immediata**

7. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

7.1 Principi di selezione

I DPI si scelgono in base a:

- Valutazione del rischio (tipo di contatto, procedure)
- Precauzioni richieste (standard vs basate su trasmissione)

- Vie di trasmissione del patogeno

7.2 Tipologie di DPI

DPI	Quando usare	Caratteristiche
Guanti	Sempre per contatto liquidi biologici, mucose, cute non integra	Monouso, taglia adeguata
Camice/grembiule	Rischio schizzi o contaminazione massiva indumenti	Impermeabile, copre torso e braccia
Mascherina chirurgica	Protezione droplet (tosse, starnuti), procedure generanti aerosol di liquidi biologici	Copre naso e bocca, monouso
Mascherina FFP2/FFP3	Precauzioni aeree (TBC, morbillo, varicella)	Aderenza al viso, verifica tenuta
Occhiali/visiera	Rischio schizzi a occhi/viso (aspirazione, ferite sanguinanti)	Protezione laterale

8. PRECAUZIONI STANDARD

8.1 Definizione

Le **precauzioni standard** sono misure di prevenzione applicate a **TUTTI gli assistiti**, indipendentemente dal loro stato infettivo noto o presunto.

Si basano sul principio che **sangue, liquidi corporei, secrezioni, escrezioni (eccetto sudore), cute non integra e mucose possono contenere agenti infettivi trasmissibili**.

8.2 Componenti delle precauzioni standard

8.2.1 Igiene delle mani

Come descritto in Sezione 5.

8.2.2 Uso appropriato DPI

Come descritto in Sezione 7.

8.2.3 Igiene respiratoria/etichetta della tosse

Per operatori e assistiti:

- Coprire naso e bocca quando si tossisce/starnutisce (con fazzoletto o piega del gomito)
- Smaltire fazzoletti in rifiuti
- Igiene mani dopo contatto con secrezioni respiratorie

Per assistiti con sintomi respiratori:

- Fornire mascherina chirurgica (se tollerata)
- Separare da altri assistiti (in lista d'attesa, se applicabile)

8.2.4 Gestione dispositivi e attrezzature per l'assistito

- Manipolare con attenzione dispositivi usati contaminati (evitare lesioni, schizzi)
- Pulire e disinfettare dispositivi riutilizzabili (Procedura B)



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

- Smaltire dispositivi monouso in rifiuti appropriati

8.2.5 *Controllo ambientale*

- Pulizia e disinfezione regolare superfici frequentemente toccate (Procedura B)
- Pulizia straordinaria dopo contaminazione con liquidi biologici
- Educazione caregiver su pulizia ambiente domiciliare

8.2.6 *Gestione biancheria*

- Manipolare biancheria contaminata con guanti
- Non scuotere o agitare biancheria sporca
- Trasportare in sacchi dedicati
- Educazione caregiver su lavaggio (acqua calda, detergente)

8.2.7 *Gestione aghi e taglienti*

- Non reincappucciare aghi
- Smaltire immediatamente in contenitore rigido dedicato
- Contenitore taglienti sempre disponibile, mai riempito oltre 3/4
- Vedere anche Procedura A (materiali biologici)

8.2.8 *Assistito in camera singola*

In ambito domiciliare non applicabile. Se assistito condivide ambiente con altri (es. conviventi fragili), educazione su igiene e separazione biancheria/stoviglie se necessario.

9. PRECAUZIONI BASATE SULLA TRASMISSIONE

9.1 Quando applicarle

Oltre alle precauzioni standard, applicare precauzioni aggiuntive quando assistito ha:

- Infezione nota con patogeno trasmissibile
- Colonizzazione da patogeno epidemiologicamente rilevante (MRSA, VRE, CPE)
- Sintomi compatibili con malattia infettiva trasmissibile (febbre + rash, diarrea, tosse persistente)

In caso di dubbio, consultare il coordinatore o MMG/specialista.

9.2 Precauzioni da CONTATTO

9.2.1 *Quando applicarle*

- Infezioni/colonizzazioni con microrganismi trasmessi per contatto diretto o indiretto
- Esempi: MRSA, VRE, CPE, Clostridioides difficile, scabbia, virus respiratori in bambini, infezioni da germi multiresistenti

9.2.2 *Misure aggiuntive*

- **Guanti:** indossare all'ingresso nell'area assistito, rimuovere all'uscita
- **Camice:** se contatto diretto con assistito o superfici contaminate
- **Dedicare dispositivi:** se possibile, dedicare fonendoscopio, sfigmomanometro all'assistito (non portare tra assistiti diversi)



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

- **Pulizia ambientale intensificata:** disinfezione giornaliera superfici ad alto contatto
- **Educazione caregiver:** igiene mani, separazione biancheria/stoviglie

9.2.3 Durata

- Generalmente fino a risoluzione sintomi/negativizzazione colture
- Per colonizzazioni persistenti (MRSA): secondo indicazioni specialista infettivologo

9.3 Precauzioni da DROPLET (goccioline)

9.3.1 Quando applicarle

- Infezioni trasmesse da goccioline respiratorie (> 5 micron, cadono entro 1-2 metri)
- Esempi: influenza, virus respiratorio sinciziale, pertosse, meningite batterica (prime 24h terapia), parotite, rosolia

9.3.2 Misure aggiuntive

- **Mascherina chirurgica:** indossare per contatto entro 1-2 metri dall'assistito
- **Mascherina per assistito:** se tollerata, durante assistenza
- **Limitare movimenti assistito:** evitare uscite non necessarie
- **Educazione igiene respiratoria:** coprire tosse/starnuti

9.3.3 Durata

- Generalmente fino a risoluzione sintomi o periodo stabilito (es. influenza: 7 giorni da inizio sintomi o 24h apiressia)

9.4 Precauzioni AEREE

9.4.1 Quando applicarle

- Infezioni trasmesse da nuclei di droplet (< 5 micron, rimangono sospesi nell'aria)
- Esempi: tubercolosi polmonare attiva, morbillo, varicella, herpes zoster disseminato

9.4.2 Misure aggiuntive

- **Mascherina FFP2 o FFP3:** indossare all'ingresso area assistito, fit test annuale
- **Ventilazione:** mantenere finestre aperte quando possibile
- **Limitare accessi:** ridurre numero operatori/visitatori
- **Educazione assistito:** coprire bocca con fazzoletto quando tossisce

9.4.3 Durata

- TBC: fino a negativizzazione espettorato (generalmente 2-3 settimane dopo inizio terapia efficace)
- Morbillo/varicella: fino a scomparsa rash

9.4.4 Protezione operatori

- Verificare stato immunitario operatori (vaccinazioni, anamnesi malattie)
 - Operatori non immuni: non assegnare ad assistiti con morbillo/varicella
 - Per TBC: sorveglianza sanitaria secondo protocollo aziendale
-



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

10. GESTIONE DISPOSITIVI INVASIVI

10.1 Principi generali

I dispositivi invasivi costituiscono una **via d'ingresso diretta** per i microrganismi, bypassando le difese naturali. La prevenzione si basa su:

- Indicazione appropriata (usare solo se necessario)
- Inserimento con tecnica asettica
- Gestione quotidiana corretta
- Rimozione tempestiva quando non più necessario
- Sorveglianza segni/sintomi infezione

10.2 Cateteri vascolari periferici (CVP)

10.2.1 Inserimento

- Igiene mani
- Guanti sterili o puliti (secondo protocollo)
- Antisepsi cute (clorexidina 2% in alcol 70%, secondo disponibilità)
- Tecnica no-touch (non toccare sito dopo antisepsi)
- Fissaggio adeguato

10.2.2 Mantenimento

- Ispezione giornaliera sito inserzione (arrossamento, gonfiore, dolore, secrezioni)
- Mantenere medicazione pulita, asciutta, integra
- Cambio medicazione ogni 5-7 giorni o se sporca/umida/non integra
- Igiene mani prima di ogni manipolazione
- Disinfezione connettori con alcol 70% prima di accesso
- Lavaggio con NaCl 0,9% prima e dopo somministrazione farmaci
- Rimozione entro 72-96h dall'inserimento o prima se segni flogosi/non più necessario

10.2.3 Sorveglianza complicanze

Segnalare prontamente:

- Flebite (dolore, arrossamento, cordone venoso palpabile)
- Segni infezione locale (secrezione purulenta)
- Segni sistemici (febbre senza altra causa)

10.3 Cateteri venosi centrali (CVC, PICC, Port)

10.3.1 Mantenimento

- Gestione SEMPRE con tecnica asettica
- Igiene mani + guanti sterili per medicazione
- Antisepsi sito con clorexidina 2% in alcol (o secondo protocollo)
- Medicazione trasparente sterile, cambio ogni 7 giorni o prima se necessario
- Disinfezione tappi con alcol 70% prima di ogni accesso (frizione 15 secondi, asciugatura)



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

- Lavaggio con NaCl 0,9% o eparina diluita secondo protocollo

10.3.2 Sorveglianza

- Ispezione sito inserzione ad ogni medicazione
- Attenzione a: arrossamento, secrezioni, dolore, febbre

Bundle GAVECET per prevenzione infezioni da CVC:

1. Igiene mani
2. Antisepsi con clorexidina
3. Tecnica asettica
4. Medicazione sterile trasparente
5. Valutazione giornaliera necessità del CVC

10.4 Catetere vescicale (CV)

10.4.1 Inserimento

- Indicazione appropriata (ritenzione, monitoraggio diuresi, non per incontinenza)
- Tecnica asettica sterile
- Antisepsi meato uretrale
- Lubrificazione adeguata
- Sistema chiuso di drenaggio

10.4.2 Mantenimento

- Mantenere sistema chiuso (non disconnettere sacca)
- Sacca sempre sotto livello vescica (non sul pavimento)
- Svuotamento sacca senza contaminare rubinetto (uso guanti, contenitore dedicato)
- Igiene quotidiana perineo con acqua e sapone (NO antisettici)
- Assicurare adeguato flusso urinario (idratazione)
- NO irrigazioni routinarie
- Fissaggio catetere per evitare trazioni

10.4.3 Sorveglianza

- Aspetto urine (torbidità, sedimento, ematuria)
- Febbre, dolore sovrapubico, dolore lombare
- Funzionamento corretto del sistema

Rimozione appena possibile (ogni giorno di permanenza aumenta rischio infezione).

10.5 Tracheostomia

10.5.1 Gestione quotidiana

- Igiene mani + guanti sterili (o puliti secondo protocollo)
- Ispezione stoma (arrossamento, secrezioni, granulomi)
- Pulizia stoma con soluzione fisiologica sterile
- Cambio medicazione sterile (se usata)



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

- Aspirazione secrezioni con tecnica asettica (guanti sterili, sondino sterile monouso)
- Umidificazione adeguata

10.5.2 Sorveglianza

- Caratteristiche secrezioni (colore, odore, quantità)
- Segni infezione locale o polmonare
- Febbre, dispnea

10.6 PEG (gastrostomia percutanea endoscopica)

10.6.1 Gestione

- Pulizia quotidiana sito con acqua e sapone
- Asciugatura accurata
- Medicazione solo se secrezioni (evitare occlusione continua)
- Rotazione sonda giornaliera (se previsto dal tipo)
- Lavaggio sonda prima e dopo alimentazione

10.6.2 Sorveglianza

- Arrossamento, secrezioni, granulomi peristomali
- Perdite attorno alla sonda
- Ostruzione sonda

11. GESTIONE FERITE E MEDICAZIONI

11.1 Principi generali

- Valutare ferita ad ogni medicazione (dimensioni, aspetto, essudato, segni infezione)
- Tecnica asettica (guanti sterili, strumenti sterili, soluzione sterile)
- Detersione con soluzione fisiologica sterile (evitare antisettici se non indicati)
- Scelta medicazione appropriata (mantenere ambiente umido, gestire essudato)
- Frequenza medicazione secondo tipo ferita/medicazione

11.2 Segni di infezione della ferita

Segnalare prontamente se:

- Aumentato arrossamento, gonfiore, calore
- Dolore ingravescente
- Essudato purulento, maleodorante
- Rallentamento guarigione
- Febbre

11.3 Prevenzione contaminazione

- Igiene mani prima e dopo medicazione
- Guanti sterili per contatto diretto ferita



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

- Non toccare parte sterile garze/medicazioni
- Preparare campo sterile se necessario
- Smaltire materiali contaminati in rifiuti sanitari

12. IGIENE DELL'AMBIENTE DOMICILIARE

12.1 Principi

L'ambiente domiciliare NON è sotto controllo diretto dell'operatore ADI, ma è possibile:

- Valutare condizioni igieniche e rischi
- Educare assistito/caregiver
- Fornire indicazioni pratiche

12.2 Valutazione rischi ambientali

Vedere Allegato B - Checklist valutazione rischio.

Valutare:

- Condizioni igieniche generali (pavimenti, superfici, bagno)
- Presenza animali domestici (tipo, igiene)
- Gestione rifiuti
- Ventilazione ambienti
- Disponibilità acqua corrente, WC, possibilità igiene mani

12.3 Educazione caregiver - Pulizia domicilio

VEDERE ALLEGATO D - Scheda educativa per caregiver.

Indicazioni generali:

- Pulizia quotidiana pavimenti (detergente)
- Pulizia giornaliera bagno (detergente + disinfettante)
- Disinfezione 2-3 volte/settimana superfici ad alto contatto (maniglie, interruttori, telefono, telecomandi)
- Cambio frequente biancheria letto (almeno settimanale, più se contaminazioni)
- Lavaggio stoviglie con acqua calda e detergente (o lavastoviglie)
- Ventilazione ambienti (aprire finestre quotidianamente)

Se assistito con infezione/colonizzazione:

- Intensificare pulizia e disinfezione
- Separare biancheria e lavarla separatamente (acqua calda $\geq 60^{\circ}\text{C}$, detergente)
- Dedicare asciugamani personali
- Pulizia WC dopo ogni uso se diarrea

12.4 Gestione animali domestici

- Mantenere igiene animale (bagni, antiparassitari)
- Evitare contatto diretto se assistito immunocompromesso



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

- Gestione adeguata deiezioni
- Lavaggio mani dopo contatto con animali

13. SORVEGLIANZA E SEGNALAZIONE

13.1 Obiettivi sorveglianza

- Identificazione precoce infezioni
- Riconoscimento cluster o epidemie
- Valutazione efficacia misure preventive
- Feedback per miglioramento continuo

13.2 Cosa sorvegliare

Per ogni assistito con dispositivi invasivi o a rischio:

- Segni/sintomi infezione locale o sistemica
- Modifiche parametri vitali (febbre, tachicardia)
- Modifiche esami ematochimici (leucocitosi, PCR)

A livello organizzativo:

- Incidenza ICA (n. infezioni / assistiti seguiti)
- Tipologie infezioni più frequenti
- Microrganismi isolati e antibiotico-resistenze
- Compliance igiene mani (audit)

13.3 Trigger di segnalazione

Segnalare SEMPRE al coordinatore/MMG:

- Febbre > 38°C senza causa evidente
- Segni infezione dispositivo invasivo
- Modifiche essudato ferita (purulento, maleodorante)
- Sintomi infezione urinaria (disuria, pollachiuria, urine torbide) + catetere
- Sintomi respiratori nuovi (tosse produttiva, dispnea) + tracheostomia
- Diarrea ≥ 3 scariche/die non spiegata
- Peggioramento condizioni generali

VEDERE ALLEGATO E - Modulo segnalazione sospetta ICA.

13.4 Flusso comunicativo

Operatore rileva segni/sintomi



Segnalazione a Coordinatore (entro 24h)



Coordinatore valuta + contatta MMG/specialista



Eventuale attivazione precauzioni aggiuntive



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

↓
Follow-up e chiusura segnalazione

13.5 Analisi eventi

Il coordinatore analizza periodicamente (trimestrale) le segnalazioni per:

- Identificare trend
- Valutare necessità interventi correttivi
- Pianificare formazione mirata

14. GESTIONE ESPOSIZIONI OCCUPAZIONALI

14.1 Definizione

Esposizione occupazionale = contatto con sangue/liquidi biologici potenzialmente infetti che comporta rischio di trasmissione patogeni (HIV, HBV, HCV, altri).

Tipologie:

- Percutanea (puntura, taglio)
- Mucose (schizzi occhi, bocca)
- Cute non integra

14.2 Primo intervento immediato

Esposizione percutanea:

1. Favorire sanguinamento (non strizzare)
2. Lavare con acqua e sapone per 10 minuti
3. Disinfettare con clorexidina o ipoclorito diluito

Esposizione mucose:

1. Sciacquare abbondantemente con acqua o fisiologica per 10 minuti

Esposizione cute non integra:

1. Lavare con acqua e sapone
2. Disinfettare

14.3 Segnalazione e follow-up

- Segnalare IMMEDIATAMENTE al coordinatore
- Contattare Medico Competente aziendale
- Valutazione rischio (fonte nota? patogeni? gravità esposizione?)
- Eventuale profilassi post-esposizione (PEP per HIV entro 4h, immunoglobuline per HBV/HCV)
- Registrare evento (infortunio)
- Follow-up sierologico secondo protocollo

14.4 Prevenzione

- Applicare precauzioni standard



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

- Non reincappucciare aghi
- Attenzione durante manipolazione taglienti
- Usare dispositivi di sicurezza quando disponibili
- Verifica stato vaccinale HBV (obbligatorio per operatori sanitari)

15. FORMAZIONE CONTINUA

15.1 Formazione iniziale

- Principi di microbiologia e trasmissione infezioni
- Catena della trasmissione
- Precauzioni standard e basate su trasmissione
- Igiene delle mani (teoria + pratica con lampada UV)
- Uso corretto DPI (vestizione/svestizione)
- Gestione dispositivi invasivi (bundle prevenzione)
- Sorveglianza e segnalazione

15.2 Formazione continua

- Aggiornamento annuale (ECM)
- Formazione specifica su nuove evidenze, patogeni emergenti
- Addestramento su casi reali (debriefing eventi)
- Sessioni pratiche (simulazioni)

15.3 Valutazione competenze

- Audit osservazionali igiene mani (compliance 5 momenti)
- Audit uso DPI
- Audit gestione dispositivi invasivi
- Test di verifica conoscenze
- Feedback formativo continuo

16. INDICATORI DI PROCESSO E ESITO

16.1 Indicatori di processo

- % compliance igiene mani nei 5 momenti (target: >80%)
- % uso appropriato DPI (audit)
- % assistiti con CV rimosso entro 48h quando non più necessario
- % medicazioni CVC eseguite con tecnica asettica

16.2 Indicatori di esito

- Incidenza ICA (n./1000 assistiti-giorno)
- Incidenza infezioni da CVC (n./1000 giorni-catetere)



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

- Incidenza infezioni vie urinarie da catetere (n./1000 giorni-catetere)
- Incidenza infezioni sito chirurgico

16.3 Report periodico

Il coordinatore produce report trimestrale con:

- Dati epidemiologici
- Analisi trend
- Eventi critici
- Azioni intraprese
- Obiettivi prossimo periodo

17. REVISIONI E AGGIORNAMENTI

Revisione annuale o in caso di:

- Nuove evidenze scientifiche
- Epidemie/cluster di infezioni
- Modifiche normative
- Introduzione nuove tecnologie/dispositivi

18. ALLEGATI

- **Allegato A:** Poster 5 momenti igiene mani OMS (riferimento visivo)
- **Allegato B:** Checklist valutazione rischio infettivo assistito
- **Allegato C:** Procedura vestizione/svestizione DPI
- **Allegato D:** Scheda educativa per caregiver - Prevenzione infezioni
- **Allegato E:** Modulo segnalazione sospetta ICA

APPROVAZIONE

Elaborato da:

Nome: _____

Qualifica: Coordinatore Infermieristico

Data: __ Firma: _____

Verificato da:

Nome: _____

Qualifica: Responsabile Qualità

Data: __ Firma: _____

Approvato da:

Nome: _____

Qualifica: Direttore Sanitario

Data: __ Firma: _____



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l

Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

REGISTRO DELLE REVISIONI

Versione	Data	Descrizione modifiche	Approvato da
1.0	//202_	Prima emissione	Direttore Sanitario

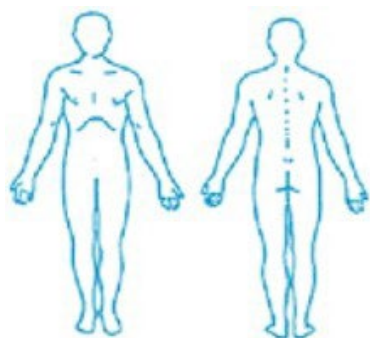
Fine documento

	SCHEMA MEDICAZIONI	All.1R ev.0 Prescrittivo dal 13.1.26 Pag. 1 di 2
---	---------------------------	---

NOME COGNOME _____ DATA DI NASCITA ____/____/____

TIPO DI LESIONE:
 Ulcerada pressione ☐ Ulcera Venosa ☐ Ferita Chirurgica ☐ Ferita da Trauma ☐ Altro ☐ _____

SEDE:

STADIAZIONE ULCERA DA PRESSIONE

STADIO _____

DIMENSIONI: _____ PROFONDITA' _____

 CUTE PERILESIONALE: Integra ☐ Edematosa ☐ Macerata ☐ Iperemica ☐ Calda ☐ Altro ☐ _____

 DOLORE: SI ☐ NO ☐ Intensità: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 PERIODICITA' MED 1-2-3-3-5-6-7

 PRESENZA SEGNI INFEZIONE: SI ☐ NO ☐ TAMPONE CULTURALE: NO ☐ SI ☐ _____

TRATTAMENTO	
TIPO DI TRATTAMENTO	Medicazione a piatto ☐ Zaffatura ☐ Medicazione avanzata ☐ Bendaggio compressivo ☐ Altro ☐ _____
DM UTILIZZATO	_____
ESITO/NOTE	_____
DATA	FIRMA INFERMIERE
TIPO DI TRATTAMENTO	Medicazione a piatto ☐ Zaffatura ☐ Medicazione avanzata ☐ Bendaggio compressivo ☐ Altro ☐ _____
DM UTILIZZATO	_____
ESITO/NOTE	_____
DATA	FIRMA INFERMIERE
TIPO DI TRATTAMENTO	Medicazione a piatto ☐ Zaffatura ☐ Medicazione avanzata ☐ Bendaggio compressivo ☐ Altro ☐ _____
DM UTILIZZATO	_____
ESITO/NOTE	_____
DATA	FIRMA INFERMIERE

--	--

	SCHEMA MEDICAZIONI	All. 1 Rev .0
		Prescrittivo dal 13.1.26 Pag. 2 di 2

TIPO DI TRATTAMENTO	Medicazione a piatto ☐ Zaffatura ☐ Medicazione avanzata ☐ Bendaggio compressivo ☐ Altro ☐ _____
DM UTILIZZATO	
ESITO/NOTE	
DATA	FIRMA INFERMIERE

TIPO DI TRATTAMENTO	Medicazione a piatto ☐ Zaffatura ☐ Medicazione avanzata ☐ Bendaggio compressivo ☐ Altro ☐ _____
DM UTILIZZATO	
ESITO/NOTE	
DATA	FIRMA INFERMIERE

TIPO DI TRATTAMENTO	Medicazione a piatto ☐ Zaffatura ☐ Medicazione avanzata ☐ Bendaggio compressivo ☐ Altro ☐ _____
DM UTILIZZATO	
ESITO/NOTE	
DATA	FIRMA INFERMIERE

TIPO DI TRATTAMENTO	Medicazione a piatto ☐ Zaffatura ☐ Medicazione avanzata ☐ Bendaggio compressivo ☐ Altro ☐ _____
DM UTILIZZATO	
ESITO/NOTE	
DATA	FIRMA INFERMIERE

TIPO DI TRATTAMENTO	Medicazione a piatto ☐ Zaffatura ☐ Medicazione avanzata ☐ Bendaggio compressivo ☐ Altro ☐ _____
DM UTILIZZATO	
ESITO/NOTE	
DATA	FIRMA INFERMIERE

TIPO DI TRATTAMENTO	Medicazione a piatto ☐ Zaffatura ☐ Medicazione avanzata ☐ Bendaggio compressivo ☐ Altro ☐ _____
DM UTILIZZATO	
ESITO/NOTE	
DATA	FIRMA INFERMIERE

TIPO DI TRATTAMENTO	Medicazione a piatto ☐ Zaffatura ☐ Medicazione avanzata ☐ Bendaggio compressivo ☐ Altro ☐ _____
DM UTILIZZATO	
ESITO/NOTE	
DATA	FIRMA INFERMIERE



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Carnitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

LINEE DI INDIRIZZO SULL'UTILIZZO APPROPRIATO DEI GUANTI MONOUSO IN AMBITO SANITARIO

N. REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE ATTIVITA'	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE	EMISSIONE E DISTRIBUZIONE

"NOVA SALUS" di Amphora Coop. Sociale a r.l

Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

INDICE

1.	Introduzione	<i>pag. 4</i>
2.	Scopo	<i>pag. 5</i>
3.	Campo di applicazione	<i>pag. 5</i>
4.	Matrice delle responsabilità	<i>pag. 5</i>
5.	Premessa	<i>pag. 5</i>
6.	Principali tipologie di guanti monouso non sterili	<i>pag. 7</i>
7.	Corretto utilizzo dei guanti sanitari	<i>pag. 8</i>
7.1	Indicazioni all'utilizzo appropriato dei guanti	<i>pag. 8</i>
7.2	Controindicazioni all'utilizzo dei guanti	<i>pag. 9</i>
8.	Tempi d'uso dei guanti	<i>pag. 9</i>
9.	Esempi pratici	<i>pag. 11</i>
10.	Allegato flowchart scelta e uso dei guanti (Quando devo indossare i guanti?)	<i>pag. 14</i>
11.	Allegato piramide OMS dell'uso dei guanti	<i>pag. 15</i>
12.	Allegato schema come indossare e rimuovere i guanti	<i>pag. 16</i>
	Bibliografia	<i>pag.</i>

Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Amphora Coop. Sociale a r.l.

Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

1. INTRODUZIONE

I guanti sono i dispositivi fondamentali per la protezione degli operatori sanitari e dei pazienti, da agenti biologici, chimici e fisici. L'uso massivo dei guanti è iniziato alla fine degli anni 80 quando, a seguito della emergenza HIV e della epidemia di AIDS, il loro uso venne dedicato alla prevenzione dell'acquisizione di infezioni a trasmissione parenterale (WHO, 2009). Ad oggi, l'utilizzo dei guanti è raccomandato per tre indicazioni:

1. ridurre la probabilità che microrganismi presenti sulle mani del personale vengano trasmesse ai pazienti nel corso di procedure invasive o altre procedure assistenziali che comportino il contatto con mucose e cute non integra del paziente (protezione del paziente);
2. fornire una barriera protettiva per prevenire la contaminazione grossolana delle mani in caso di contatto con sangue, fluidi corporei, secrezioni, escrezioni, mucose, cute non integra del paziente e strumenti o materiali contaminati da essi (protezione dell'operatore);
3. ridurre la probabilità che le mani del personale contaminate da microrganismi possano trasmettere questi germi ad un altro paziente; in questa situazione i guanti devono essere sostituiti durante i contatti tra un paziente e l'altro e le mani devono essere lavate prima dell'inserimento e dopo la rimozione dei guanti (prevenzione delle infezioni per contatto diretto ed indiretto).

Sebbene queste indicazioni per l'utilizzo dei guanti siano note da tempo, la pandemia ha cambiato le modalità di utilizzo dei dispositivi di barriera da parte degli operatori sanitari, soprattutto i guanti ad uso medico. La ricerca di auto-protezione da parte degli operatori li ha portati ad acuire un comportamento già scorretto prima della pandemia: l'uso inappropriato dei guanti quando non indicato dalle raccomandazioni (WHO 2009). Questo comportamento è sempre stato visto come motivo di scarsa adesione all'igiene delle mani e come causa di un aumento del rischio infettivo. L'uso inappropriato e le sue conseguenze possono avere ripercussioni anche a livello dei singoli operatori (dermatiti) e di sistema (costi aziendali e impatto ambientale). Per questo motivo è fondamentale riprendere e ribadire quando e come debbano essere utilizzati i guanti a supporto di coloro che li utilizzano nell'attività assistenziale e di coloro che si trovano a svolgere attività di programmazione sanitaria. I guanti medicali utilizzati durante l'assistenza sanitaria possono essere **sterili** (definiti in letteratura come chirurgici) o **non sterili** (definiti in letteratura come "per uso sanitario" o "da esplorazione"), in relazione al loro utilizzo in contesti o per manovre molto specifiche.

2. SCOPO

Lo scopo è di ottimizzare l'impiego dei guanti sanitari in particolare sui seguenti punti:

1. razionalizzare l'utilizzo dei guanti per uso sanitario attraverso la definizione di criteri di appropriatezza in relazione alla prevenzione del rischio biologico, infettivo e chimico e alla prevenzione delle reazioni irritative/allergiche, al fine di ottimizzare la qualità delle cure erogate e tutelare la salute degli operatori e dei pazienti;
2. consumi congrui: in particolare si deve: evitare l'uso di guanti per attività in cui non vi è necessità di proteggere con un mezzo di barriera il paziente o l'operatore, per giustificare corrispondenza fra quanto utilizzato e attività da svolgere.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura deve essere applicata da tutto il personale sanitario che opera negli ambiti assistenziali.

4. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	CICA	Coordinatori UU.OO.	Referenti delle UU.OO per la prevenzione e il controllo delle ICA	Gruppo operativo CICA	Tutto il personale Sanitario	Servizio Farmacia
Approvazione	R					
Divulgazione procedure			C	R		
Fornitura prodotti		R				R
Corretta esecuzione procedura					R	
Controllo applicazione corretta procedura				R		

5. PREMESSA

L'utilizzo dei guanti medicali in ambito sanitario consente di proteggere l'operatore:

- dal rischio biologico, che si determina in occasione di contatto con sangue o altri liquidi biologici;
- dal rischio infettivo, nell'assistenza a pazienti colonizzati o infetti da microrganismi patogeni;
- dal rischio chimico/fisico, ad esempio in situazioni di possibile contatto con sostanze pericolose, quali, ad esempio, alcuni prodotti disinfettanti, reagenti chimici o farmaci antitumorali.

In tutte le circostanze in cui non si sia esposti a nessuno di questi rischi, l'utilizzo dei guanti è **tassativamente** da evitare perché non collegato ad alcun beneficio e poiché determinerebbe un consumo non giustificato di risorse, un aumento nella produzione dei rifiuti ed un aumentato rischio di incorrere in allergie o dermatiti secondarie all'utilizzo prolungato dei guanti. Spesso i guanti sono usati con l'intento di proteggere l'operatore dal rischio di infezioni in presenza di evidenti lesioni della cute delle mani (tagli o ferite, dermatiti, psoriasi), questo uso è **scorretto** in quanto i guanti sono ideati per proteggere la cute sana ed integra, al massimo sede di microlesioni inapparenti. Se vengono indossati quando la cute è sede di un processo patologico viene ritardata o addirittura impedita la guarigione; viene facilitato l'ingresso di additivi e/o proteine del lattice, e il conseguente sviluppo di allergie. Pertanto l'indossare i guanti non deve essere considerata una misura di protezione per l'operatore sanitario con lesioni acute o croniche della cute delle mani in atto all'opposto, in tale condizione, l'uso di guanti deve essere proibito, insieme alle mansioni a rischio di contaminazione cutanea, fino a completa guarigione.

L'utilizzo dei guanti monouso sterili deve essere riservato alle situazioni clinico assistenziali in cui è richiesto un approccio in asepsi come ad esempio le procedure chirurgiche e altre procedure che prevedono il mantenimento della sterilità, pertanto il loro uso **NON** deve essere sostitutivo dei guanti monouso non sterili. L'igiene delle mani è la misura più importante per proteggere pazienti, operatori sanitari e ambiente dalla contaminazione microbica.

L'uso di guanti in situazioni in cui non è indicato il loro utilizzo rappresenta uno spreco di risorse senza comportare la riduzione del rischio infettivo e del rischio biologico.

Le indicazioni sull'igiene delle mani sussistono indipendentemente dall'uso dei guanti:

- le mani devono essere igienizzate per prevenire la contaminazione sia dei guanti indossati che della confezione e dei guanti in essa contenuti, prima di utilizzarli;
- le mani devono essere igienizzate anche dopo la rimozione dei guanti perché essi sono in grado unicamente di ridurre e non di evitare la contaminazione microbica delle mani.

Ciò avviene per tre possibili motivi:

- il guanto indossato potrebbe presentare difetti non visibili ad occhio nudo già al momento dell'utilizzo;
- i guanti potrebbero essersi lesi in corso di azione, soprattutto se indossati per un lungo periodo;
- le mani possono contaminarsi durante la rimozione dei guanti se non si è applicata una tecnica corretta.

L'uso dei guanti non deve essere inteso unicamente come protezione per il personale, tantomeno sostitutivo dell'igiene delle mani che va comunque eseguita nelle modalità indicate.

6. PRINCIPALI TIPOLOGIE DI GUANTI MONOUSO NON STERILI

I guanti medicali monouso sono dispositivi medici (DM) e di protezione individuale (DPI), utilizzati in ambiente sanitario al fine proteggere gli operatori sanitari e il paziente da possibili infezioni e contaminazioni da materiale biologico e da agenti chimici, quali ad esempio farmaci antiblastici, disinfettanti, ecc. Le materie prime con i quali vengono prodotti i guanti medicali monouso sono principalmente lattice, nitrile, vinile/PVC, neoprene/cloroprene.

Guanti in lattice:

Il lattice è una sostanza di origine naturale che si ottiene dall'albero della gomma, al quale vengono associati diversi additivi per conferire al prodotto finale elasticità, resistenza alla trazione, permeabilità e tenuta. I guanti in lattice sono normalmente sottili, aderenti e confortevoli e il loro utilizzo non influisce sulla destrezza. Le qualità positive possono essere vanificate dalla possibilità di scatenare allergie, dovute alle proteine del lattice (la cosiddetta dermatite allergica da contatto). Il rischio di dermatite cresce in maniera esponenziale utilizzando guanti con polveri lubrificate.

In caso di utilizzo di guanti in lattice, deve essere assolutamente evitato il contatto con oli, grassi e idrocarburi (es. benzina), o altre sostanze chimiche comuni in quanto possono degradarsi in pochi secondi durante l'uso.

Guanti in nitrile:

Il nitrile è un prodotto di sintesi, appartenente al gruppo dei lattici sintetici, presenta un'ottima resistenza all'abrasione, alla perforazione ed elevata elasticità. In caso di utilizzo di guanti in nitrile, **deve essere assolutamente evitato il contatto con solventi chetonici (es. acetone) e acidi ossidanti (es. acido solforico, acido nitrico).**

Guanti in vinile/PVC:

Il vinile è un composto realizzato con materie prime sintetiche, in primis PVC ottenuto per polimerizzazione del cloruro di vinile a cui sono aggiunte rilevanti quantità di additivi plastificanti. L'aggiunta dei plastificanti consente di godere di malleabilità, modellabilità, morbidezza ed elasticità. Il PVC, grazie alla sua versatilità, alla sua resistenza all'usura, agli agenti chimici ed atmosferici e al fuoco, si presta alle più svariate applicazioni. È un prodotto alternativo al lattice, ha il grande vantaggio di presentare alti indici di protezione per acidi e basi, mentre presenta debole resistenza meccanica (facile rottura) e bassa elasticità; per tale motivo spesso viene elasticizzato. **Presenta**

scarsa resistenza alle sostanze citotossiche. Durante l'utilizzo di guanti in vinile, va assolutamente evitato il contatto con solventi aromatici (es. toluolo) e chetonici (es. acetone).

Guanti in neoprene/cloroprene:

il neoprene è il nome commerciale del cloroprene. Il cloroprene è un materiale in gomma sintetica con buone proprietà di isolamento termico. Questi guanti sono generalmente più morbidi, e simili al lattice. Presentano costi molto più elevati rispetto le altre tipologie di guanti.

7. CORRETTO UTILIZZO DEI GUANTI SANITARI

Indossare i guanti prima di qualunque contatto con qualunque paziente, o con gli effetti letterei, o con ogni tipo di attrezzatura sanitaria, è una convinzione diffusa ma sbagliata. Il lavaggio delle mani, prima e dopo ciascun contatto con il paziente o con gli effetti letterei, è la misura cardine per il controllo delle infezioni, sia per il paziente che per l'operatore sanitario. La cute costituisce di per sé una barriera impermeabile all'invasione dei microrganismi ai quali siamo quotidianamente esposti. Solo in alcune precise situazioni è necessario aggiungere a questa barriera anche quella costituita dai guanti. Durante le attività quotidiane gli operatori sanitari accumulano progressivamente sulle mani microrganismi, che entrano a far parte della flora transitoria, ovvero della flora batterica che colonizza gli strati superficiali della cute e che è facilmente rimossa con il normale lavaggio sociale delle mani o con la frizione alcolica. La flora transitoria è responsabile della maggior parte delle infezioni correlate all'assistenza. La convinzione erronea che l'uso di guanti possa sostituire il lavaggio delle mani, o addirittura fornire una maggiore igiene, produce comportamenti che, invece di ridurre il rischio di trasmissione dei microrganismi, lo aumentano: la sensazione di falsa sicurezza induce a trascurare le norme elementari di igiene (lavarsi le mani) e a toccare con i guanti utilizzati, già sporchi, le apparecchiature, i presidi, gli arredi, le maniglie delle porte, il telefono, ecc., contribuendo così alla diffusione dei germi.

7.1 INDICAZIONI ALL'UTILIZZO APPROPRIATO DEI GUANTI

GUANTI STERILI	Procedure chirurgiche, procedure invasive (posizionamento CVC, drenaggi ecc.), effettuazione rachicentesi, toracentesi, artrocentesi, biopsie
	Nella mano non dominante per l'effettuazione dell'emocultura, dopo l'antisepsi della cute
	Preparazione NPT o chemioterapici
	Assistenza al parto vaginale
	Posizionamento catetere vescicale
	Posizionamento catetere arterioso
	Tracheoaspirazione con sistema aperto
	Effettuazione delle medicazioni nella impossibilità di utilizzare la tecnica no touch

GUANTI NON STERILI	ESPOSIZIONE DIRETTA AL PAZIENTE in applicazione delle precauzioni standard: tutte le manovre che prevedono o possono determinare il contatto con sangue, mucose o cute non integra – ESEMPLI: inserzione o rimozione cateteri venosi periferici; prelievo ematico; cure igieniche; igiene cavo orale; medicazioni in cui si utilizzi la tecnica no touch; cura delle lesioni da pressione; visita ginecologica; esplorazione rettale; posizionamento SNG; esecuzione rettoclisi.		
	Applicazione delle precauzioni per modalità di trasmissione nella assistenza al paziente colonizzato o infetto da microrganismi patogeni – ESEMPLI: COVID-19, CRE, MRSA, C. difficile, VRE, Salmonella, Norovirus, H1N1, ectoparassitosi (scabbia, pediculosi).		
	ESPOSIZIONE INDIRETTA AL PAZIENTE: Pulizia di oggetti o superfici contaminati; manipolazione dei rifiuti; sanificazione di pompe, monitor o delle superfici maggiormente toccate nell'unità del paziente, rifacimento del letto in presenza di biancheria imbrattata, disinfezione delle superfici, diluizione dei disinfettanti, somministrazione dei farmaci antiblastici.		
GUANTI ANTI TAGLIO NON STERILI	Riutilizzabili, ad elevata resistenza al taglio da lama, costituiti da maglie di acciaio o materiale di analoghe prestazioni atte a garantire la massima protezione contro le lesioni dovute e lacerazioni e abrasioni. Elevata leggerezza e vestibilità, senza cuciture esterne	Protezione delle mani in caso di manipolazione di taglienti contaminati (decontaminazione e lavaggio dello strumentario chirurgico)	Taglio di pezzi anatomici in sala settoria e laboratori di anatomia patologica. Decontaminazione e lavaggio di strumentario chirurgico

7.2 CONTROINDICAZIONI ALL'UTILIZZO DEI GUANTI

GUANTI NON INDICATI	ESPOSIZIONE DIRETTA AL PAZIENTE: rilevare i parametri vitali, effettuare iniezioni IM o SC, trasportare il paziente, manipolare una linea infusiva in assenza di sangue nel circuito, accompagnare il paziente vestito durante la mobilizzazione.
	ESPOSIZIONE INDIRETTA AL PAZIENTE: Utilizzare il telefono, scrivere su PC, scrivere in cartella, preparare la terapia, distribuire il vitto, rifare il letto (se la biancheria non è imbrattata), posizionare la ventimask o gli occhialini per Ossigeno terapia.
FUORI DALLA STANZA DEL PAZIENTE, TRANNE NEL CASO IN CUI SI STIA TRASPORTANDO MATERIALE CONTAMINATO, I GUANTI NON DOVREBBERO MAI ESSERE INDOSSATI.	

8. TEMPI D'USO DEI GUANTI

un paziente = un paio di guanti

un paio di guanti = un atto

La permeabilità dei guanti è direttamente proporzionale al tempo del loro utilizzo: maggiore è il tempo in cui vengono mantenuti e maggiore è la contaminazione delle mani.

Le Precauzioni Standard prevedono che le procedure assistenziali su qualunque paziente vadano effettuate con i guanti solo se è prevedibile (non astrattamente ipotizzabile) di toccare sangue o altri liquidi biologici, cute non integra, mucose. In tutti gli altri casi si opera con le mani non guantate, e si effettua il lavaggio delle mani prima e dopo qualsiasi contatto diretto con il paziente. Pertanto i guanti vanno indossati secondo le seguenti modalità:

- indossare guanti quando c'è la possibilità di entrare in contatto con sangue o altri liquidi biologici, cute non integra, mucose;
- cambiare i guanti dopo 20 minuti (si possono formare microfori causati dalle sollecitazioni meccaniche);
- cambiare i guanti subito in caso di imbrattamento o rottura;
- non portare lo stesso paio di guanti per assistere più di un paziente;
- non lavare i guanti tra un paziente e l'altro;
- togliersi i guanti durante l'assistenza ad un paziente se si deve passare da una parte contaminata ad una parte pulita;
- lavarsi le mani immediatamente dopo la rimozione dei guanti o di altri dispositivi di protezione.

Le Precauzioni da Contatto adottate per ridurre il rischio di trasmissione di malattie trasmissibili per contatto diretto (da superficie corporea a superficie corporea) o indiretto (da oggetti inanimati, come strumenti, aghi, attrezzature, superfici di arredi, effetti lettereschi, ecc. a superficie corporea). servono a ridurre la probabilità che le mani del personale, contaminate con microrganismi da un paziente o da un fomite, possano trasmettere questi germi ad un altro paziente o all'operatore sanitario stesso.

- I guanti devono essere indossati prima di entrare nella stanza del paziente e durante qualsiasi manovra assistenziale;
- devono essere cambiati tra un paziente e l'altro;
- devono essere cambiati durante l'assistenza ad un paziente se si deve passare da una parte del corpo contaminata ad una parte pulita;
- devono essere tolti prima di uscire dalla stanza e le mani devono essere immediatamente lavate;
- devono essere integrati con tutte le altre protezioni barriera.

Prima di indossare i guanti, questi devono essere prelevati tassativamente dalla scatola, dopo avere igienizzato le mani.

La pratica di portare con sé dei guanti nelle tasche per indossarli al bisogno, esponendo i guanti al rischio di contaminazione prima di indossarli, aumenta il rischio infettivo per il paziente su cui verranno utilizzati. Per questo motivo **questa pratica deve essere assolutamente evitata.**

Al fine di prevenire il rischio infettivo i guanti devono essere sostituiti tra un paziente e l'altro e sullo stesso paziente spostandosi da un sito contaminato ad un sito pulito.

Per proteggersi dal rischio biologico, durante l'utilizzo dei guanti si deve evitare di toccare il viso, la mascherina, i capelli, il telefono cellulare, le penne, i pennarelli o le forbici personali, che poi si ripongono nella tasca della divisa.

NON È MAI RACCOMANDATO:

- l'utilizzo del doppio guanto, se non in situazioni molto specifiche, come nell'assistenza a pazienti con condizioni infettive ad altissimo rischio, quali ad esempio le febbri virali emorragiche o altre situazioni riconosciute ad alto rischio definite da procedure aziendali specifiche;
- il riutilizzo e la disinfezione dei guanti;
- indossare più paia di guanti e rimuovere unicamente quello più superficiale tra un paziente e l'altro, o tra una procedura sporca e una pulita sullo stesso paziente;
- l'uso dei guanti come sostituzione dell'igiene delle mani, sia che venga effettuata con il metodo del frizionamento con soluzione idroalcolica, sia con quello del lavaggio con acqua e sapone. Ricordare di lavarsi le mani prima e dopo l'uso dei guanti!

È VIETATO:

- indossare guanti all'interno dei servizi, come la guardiola, la cucina, lo studio;
- indossare i guanti per rispondere al telefono o scrivere sul PC;
- toccare le maniglie delle porte con le mani guantate;
- indossare monili quali anelli, bracciali, orologi, ecc., unghie lunghe smaltate o unghie artificiali in quanto aumenta la probabilità di perforazione/rottura dei guanti e il rischio infettivo;
- tenere i guanti dopo l'assistenza al paziente (non togliere i guanti dopo l'assistenza ad un paziente conduce a trasmissione di microrganismi da un paziente all'altro).

9. ESEMPI PRATICI DEL CORRETTO UTILIZZO:



QUANDO NON SI DEVONO UTILIZZARE I GUANTI:





NO ALL'UTILIZZO DEI GUANTI: SE USATI IN MODO ERRATO IL RISCHIO CONTAGIO AUMENTA:



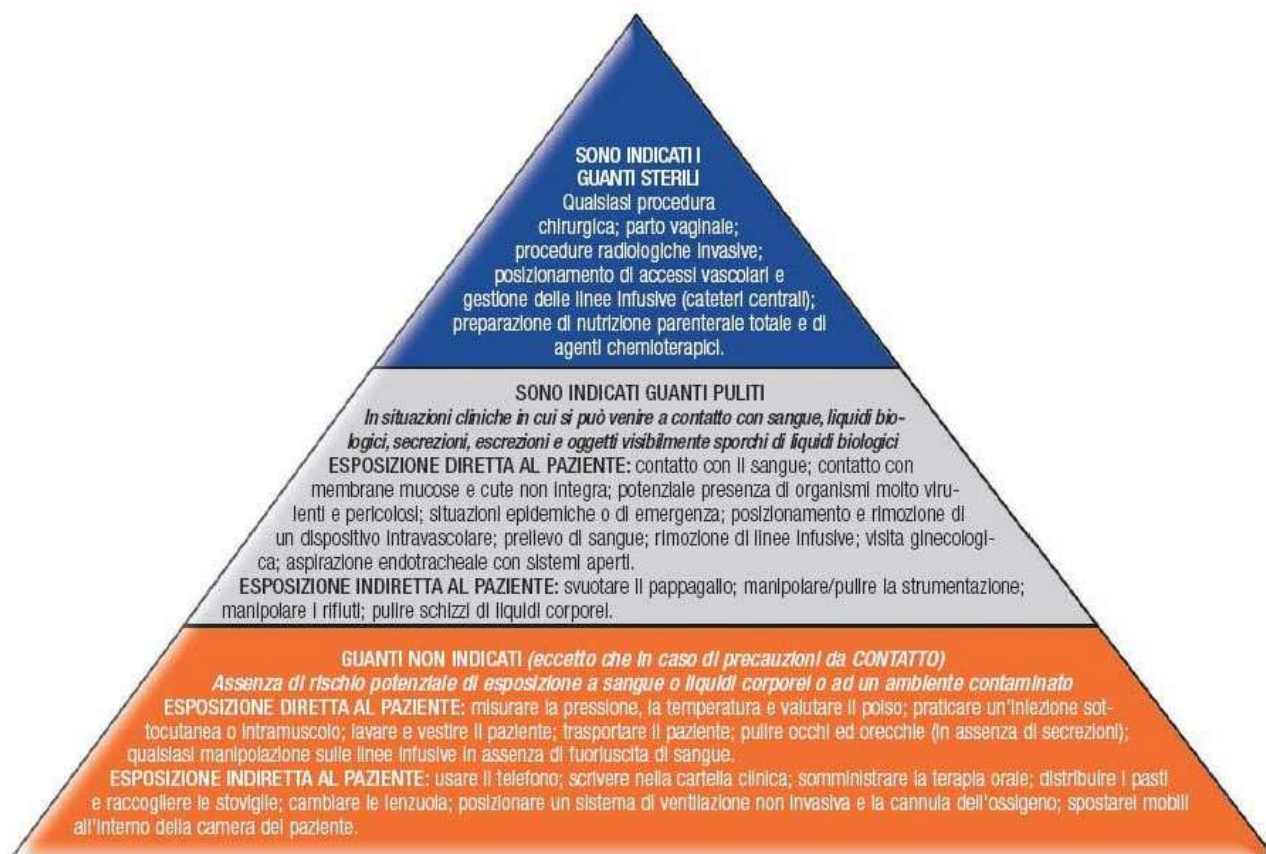


10. QUANDO DEVO INDOSSARE I GUANTI?



11. LA PIRAMIDE DELL'USO DEI GUANTI

Per semplificare e rendere velocemente identificabile quando e quali guanti utilizzare, il WHO ha ideato la "Piramide dell'uso dei guanti" dove alla base sono indicate le situazioni nelle quali i guanti non sono indicati, al centro quando è indicato l'utilizzo di guanti puliti e, in cima, quando è indicato l'uso di guanti sterili. Viene altresì specificato l'uso di guanti in situazioni particolari, come nell'applicazione delle precauzioni da contatto (ad esempio in caso di utente/ospite colonizzato/infetto da *Clostridium difficile*).



I guanti devono essere indossati in accordo con le precauzioni STANDARD e DA CONTATTO. La piramide specifica alcuni esempi di situazioni cliniche in cui i guanti non sono indicati, ed altre in cui sono indicati i guanti monouso o i guanti sterili. L'igiene delle mani dovrebbe essere praticata quando appropriata, indipendentemente dalle indicazioni precedenti all'uso dei guanti.

12. COME INDOSSARE E RIMUOVERE I GUANTI



1- Dopo avere effettuato igiene delle mani, estrai un guanto dalla sua scatola originale (avendo cura di non contaminare le superfici della scatola e gli altri guanti all'interno di essa).



2 – Tocca solo una piccola parte del guanto, in corrispondenza della zona del polso (a livello del bordo superiore del polsino)



3 – Indossa il primo guanto



4 – Prendi il secondo guanto con la mano nuda prelevandolo possibilmente dalla zona del polso



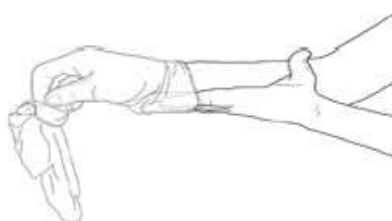
5 – Per poter indossare il secondo guanto evitando di toccare la cute dell'avambraccio afferra la parte esterna del polsino del guanto che dovrà essere indossato, con le dita piegate della mano guantata.



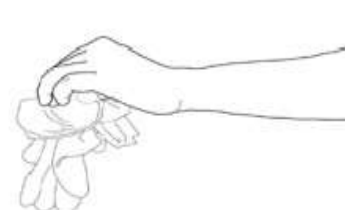
6 – Una volta indossati i guanti procedere, senza toccare nient'altro, all'attività da effettuare



1- Pinza con le dita sull'esterno del primo guanto per rimuoverlo, avendo cura di non toccare la pelle dell'avambraccio, e quindi rimuoverlo dalla mano rovolando il guanto su se stesso facendo in modo che la parte contaminata rimanga all'interno



2 –Mettere il guanto rimosso all'interno del palmo della mano guantata ed infilare le dita della mano non guantata tra il polso e la parte interna della mano guantata. Rimuovere il secondo guanto arrotolandolo giù dalla mano e facendo in modo che il primo guanto venga contenuto nel secondo



3 – Eliminare negli appositi contenitori i guanti utilizzati

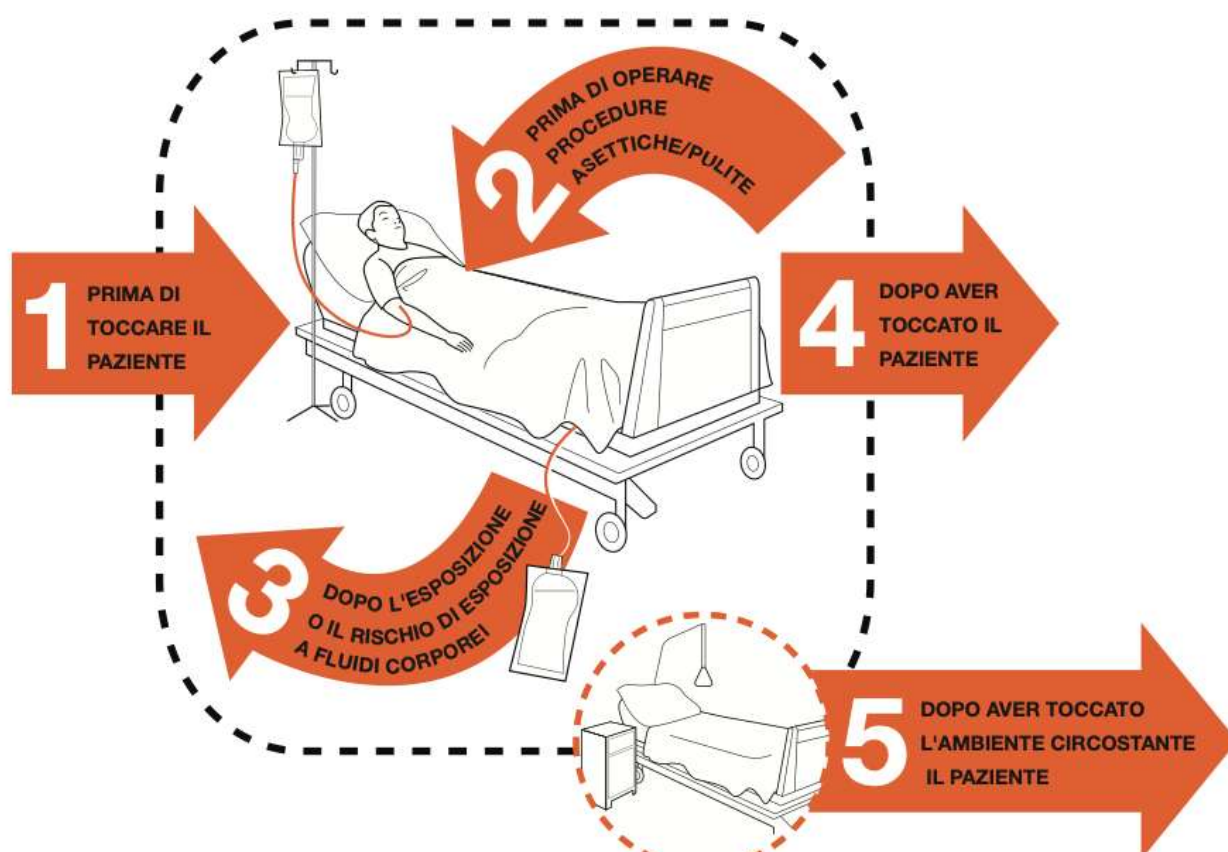
4 – Effettuare igiene delle mani con soluzione a base alcolica oppure lavarle con acqua e sapone

Lavaggio delle mani i 5 momenti OMS

Igiene delle mani: quanto è importante e perché

L'igiene delle mani è la principale misura per la **prevenzione delle infezioni** e la diffusione di germi multiresistenti, ma al contempo è una delle pratiche più disattese benché le indicazioni contenute nelle linee guida internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) siano semplici e di facile esecuzione.

I 5 Momenti per l'igiene delle mani



BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. (2009) WHO guidelines on hand hygiene in health care. WHO/IER/PSP/2009/01.
 Retrieved from https://www.who.int/gpsc/information_centre/handhygiene-2009/en/
2. Marin T. Evidence Summary. Non-Sterile Gloves: Appropriate Use in Healthcare Settings. The Joanna Briggs Institute EBP Database, JBI@Ovid. 2020; JBI1614
3. Hughes, K. A., J. Cornwall, J. Theis, and H. J. Brooks. 2013. Bacterial contamination of unused, disposable non-sterile gloves on a hospital orthopaedic ward. Australian Medical Journal 6:331-8
4. Guanti monouso per uso sanitario <https://salute.regione.emilia-romagna.it>
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Use of gloves in healthcare and non- healthcare settings in the context of the COVID-19 pandemic. ECDC: Stockholm; 2020. © European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2020
6. Royal College of Nursing. Tools of the Trade: Guidance for Health Care Staff on Glove Use and the Prevention of Contact Dermatitis, 2018

IPCAF

Infection Prevention and Control Assessment Framework

Framework per la valutazione della prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza — a livello della struttura sanitaria

WHO/HIS/SDS/2018.9 |

OTTO COMPONENTI ESSENZIALI

1. Programma Prevenzione e Controllo delle Infezioni (IPC)
2. Linee guida per la Prevenzione e Controllo (IPC)
3. Formazione e addestramento in IPC
4. Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza
5. Strategie multimodali per l'implementazione degli interventi IPC
6. Monitoraggio/audit delle pratiche IPC e feedback
7. Carico di lavoro, risorse umane e occupazione dei letti
8. Ambiente fisico, materiali e attrezzature per IPC

Introduzione e istruzioni per l'uso

L'**IPCAF (Infection Prevention and Control Assessment Framework)** è uno strumento per supportare l'implementazione delle Linee guida sulle componenti essenziali dei programmi di prevenzione e controllo dell'OMS a livello di singola struttura sanitaria. Prima di utilizzare questo strumento bisogna conoscere il contenuto delle linee guida, incluso il Manuale pratico ad interim che supporta l'implementazione delle componenti essenziali della IPC (Prevenzione e controllo delle infezioni) a livello di struttura.

Qual è l'obiettivo?

L'IPCAF è un questionario strutturato, a domande chiuse con associato un sistema di pesi, **primariamente sviluppato per essere auto-somministrato** (strumento di autovalutazione), ma può essere utilizzato anche per una valutazione congiunta. Obiettivo è valutare la situazione corrente dell'IPC nella struttura e identificare i punti di forza e le carenze per pianificare azioni di miglioramento.

L'OMS propone cinque fasi per l'implementazione del programma in una struttura:

1. Prepararsi per l'azione
2. Valutazione di base
3. Sviluppare e mettere in campo un piano di azione
4. Valutazione dell'impatto
5. Sostenere il programma nel lungo periodo

L'IPCAF è uno strumento utile, in particolare, a supportare le fasi 2 (valutazione di base) e 4 (valutazione dell'impatto) di questo processo.

Chi deve completare e utilizzare l'IPCAF?

- Operatori sanitari/Team responsabili dell'organizzazione e implementazione delle attività IPC, che hanno una comprensione e conoscenza complete delle attività IPC nella struttura.
- Se non esistono operatori addetti all'IPC o non esiste ancora un programma IPC, lo strumento deve essere completato ed utilizzato da chi dirige la struttura.
- L'IPCAF consente di valutare la struttura nel suo insieme. Nella maggior parte dei casi "tu" si riferisce alla struttura e non direttamente al responsabile dell'IPC.
- È stato predisposto per essere utilizzato a livello dell'intera struttura qualsiasi ne siano le dimensioni.
- Se viene utilizzato nell'ambito di una valutazione combinata, il valutatore esterno dovrebbe essere un esperto di IPC.

Come funziona?

In generale, bisogna scegliere una sola risposta per ciascuna domanda (domande indicate come "sì/no" oppure "scegli una risposta"). Alcune domande prevedono risposte multiple, indicate con la nota "barrare tutte le risposte pertinenti".

In ciascuna sezione (componente essenziale), si può raggiungere un **punteggio massimo di 100 punti**. Sommando il totale dei punteggi raggiunto in ciascuna delle otto componenti, è possibile calcolare il punteggio totale (max 800 punti).

1 — Inadeguata	2 — Di base	3 — Intermedia	4 — Avanzata
0–200 Implementazione carente. Necessario miglioramento significativo.	201–400 Alcuni aspetti esistono, ma non sufficientemente implementati.	401–600 Molti aspetti implementati correttamente. Continuare a migliorare.	601–800 Componenti IPC pienamente implementate in accordo alle raccomandazioni WHO.

Componente essenziale 1: Programma Prevenzione e Controllo delle Infezioni (IPC)

Domanda	Risposta	Punteggio
1. Esiste un programma IPC? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì, senza obiettivi chiaramente definiti ☐ Sì, con obiettivi chiaramente definiti e un piano annuale	0 5 10
2. Il programma IPC è supportato da un team IPC che include operatori addetti a IPC? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Non un team, solo una persona addetta all'IPC ☐ Sì	0 5 10
3. Il team IPC include almeno un operatore addetto a IPC a tempo pieno o equivalente? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No, non esiste alcun addetto all'IPC ☐ No, solo un addetto part-time ☐ Sì, uno per > 250 posti letto ☐ Sì, uno per ≤ 250 posti letto	0 2.5 5 10
4. Il team IPC o l'addetto IPC ha tempo dedicato alle attività IPC?	☐ No ☐ Sì	0 10
5. Il team IPC include sia medici che infermieri?	☐ No ☐ Sì	0 10
6. Esiste un comitato IPC che supporta attivamente il team IPC?	☐ No ☐ Sì	0 10
7. I gruppi professionali indicati di seguito sono rappresentati/inclusi nel comitato IPC? — Dirigenti senior della struttura — Operatori sanitari senior — Responsabili della gestione della struttura	☐ Dirigenti senior: No ☐ Dirigenti senior: Sì ☐ Operatori sanitari senior: No ☐ Operatori sanitari senior: Sì	0 5 0 2.5 0

	☐ Responsabili gestione: No ☐ Responsabili gestione: Sì	2.5
8. Sono stati definiti chiaramente gli obiettivi dell'IPC? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No, non esiste alcun addetto a IPC ☐ Sì, solo obiettivi IPC ☐ Sì, obiettivi IPC e indicatori di esito misurabili ☐ Sì, obiettivi, indicatori misurabili e obiettivi futuri	0 2.5 5 10
9. La dirigenza della struttura dimostra un chiaro coinvolgimento e supporto al programma IPC: — Attraverso l'allocazione di un budget — Attraverso un supporto tangibile agli obiettivi IPC	☐ Budget: No ☐ Budget: Sì ☐ Supporto tangibile: No ☐ Supporto tangibile: Sì	0 5 0 5
10. La tua struttura dispone di un supporto di laboratorio microbiologico per l'utilizzo di routine quotidiano? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì, ma che non assicura risultati affidabili ☐ Sì, con risultati affidabili (tempestivi e di buona qualità)	0 5 10
Punteggio subtotale		___/100

Componente essenziale 2: Linee guida per la Prevenzione e Controllo (IPC)

Domanda	Risposta	Punteggio
1. La tua struttura ha esperienza nella messa a punto o adattamento di linee guida (in IPC e/o malattie infettive)?	☐ No ☐ Sì	0 7.5
2. La tua struttura ha linee guida disponibili per le seguenti aree? (una riga per ogni area) <i>Precauzioni standard / Igiene delle mani / Precauzioni di isolamento / Preparazione e gestione delle epidemie / Prevenzione infezioni sito chirurgico / Infezioni sistemiche associate a catetere vascolare / HAP e VAP / IVU associate a catetere / Patogeni MDR / Disinfezione e sterilizzazione / Sicurezza degli operatori sanitari / Sicurezza delle iniezioni / Gestione dei rifiuti / Stewardship antibiotici</i>	☐ No (per ciascuna area) ☐ Sì (per ciascuna area)	0 2.5
3. Le linee guida nella tua struttura sono consistenti con le linee guida nazionali/internazionali?	☐ No ☐ Sì	0 10
4. Nell'implementazione delle linee guida queste vengono adattate alle esigenze locali mantenendo gli standard chiave IPC?	☐ No ☐ Sì	0 10
5. Gli operatori in prima linea vengono coinvolti sia nella pianificazione che nella effettiva implementazione delle linee guida IPC?	☐ No ☐ Sì	0 10
6. Gli stakeholders rilevanti sono coinvolti nello sviluppo e adattamento delle linee guida IPC?	☐ No ☐ Sì	0 7.5
7. Gli operatori sanitari ricevono una formazione specifica sulle linee guida IPC nuove o aggiornate introdotte nella struttura?	☐ No ☐ Sì	0 10
8. Viene monitorata regolarmente l'implementazione almeno di alcune linee guida IPC nella tua struttura?	☐ No ☐ Sì	0 10
Punteggio subtotale		___/100

Componente essenziale 3: Formazione e addestramento in IPC

Domanda	Risposta	Punteggio
1. Esiste personale con competenze in IPC per assicurare la formazione IPC?	☐ No ☐ Sì	0 10
2. Esiste personale aggiuntivo non-IPC con competenze adeguate a svolgere il ruolo di formatori o tutor? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì	0 10
3. Gli operatori sanitari quanto frequentemente ricevono formazione su IPC? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ Mai o raramente ☐ Solo formazione ai nuovi assunti ☐ Nuovi assunti + formazione regolare (almeno annuale) non obbligatoria ☐ Nuovi assunti + formazione regolare annuale obbligatoria per tutti	0 5 10 15
4. Gli addetti alle pulizie e "altro personale" direttamente coinvolto nell'assistenza ai pazienti quanto frequentemente vengono formati su IPC? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ Mai o raramente ☐ Solo formazione ai nuovi assunti ☐ Nuovi assunti + formazione regolare (almeno annuale) non obbligatoria ☐ Nuovi assunti + formazione regolare annuale obbligatoria	0 5 10 15
5. Lo staff amministrativo e gestionale riceve formazione su IPC? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì	0 5
6. Come vengono formati gli operatori sanitari e altro personale? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ Non è disponibile formazione ☐ Solo informazioni scritte e/o istruzioni orali e/o e-learning ☐ Include sessioni interattive (simulazione e/o formazione al letto del paziente)	0 5 10
7. Vengono effettuate valutazioni periodiche sull'efficacia della formazione? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì, pero non routinariamente ☐ Sì, regolarmente (almeno annualmente)	0 5 10
8. La formazione su IPC è integrata nella pratica clinica e nella formazione di altre specialità? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì ma non regolarmente ☐ Sì, regolarmente (almeno annualmente)	0 5 10
9. Esiste una formazione IPC specifica per pazienti e familiari?	☐ No ☐ Sì	0 5
10. Viene offerta formazione continua allo staff IPC?	☐ No ☐ Sì	0 10
Punteggio subtotale		___/100

Componente essenziale 4: Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza**Organizzazione della sorveglianza**

Domanda	Risposta	Punteggio
1. La sorveglianza è una componente definita del programma IPC?	☐ No ☐ Sì	0 5
2. Esiste personale responsabile per le attività di sorveglianza?	☐ No ☐ Sì	0 5
3. Gli operatori responsabili per le attività di sorveglianza sono formati in epidemiologia di base, sorveglianza e IPC?	☐ No ☐ Sì	0 5
4. È disponibile supporto informatico/IT per condurre la sorveglianza?	☐ No ☐ Sì	0 5
Punteggio subtotale		___/100

Priorità per la sorveglianza

Domanda	Risposta	Punteggio
5. È stato effettuato un esercizio di prioritarizzazione per individuare le infezioni oggetto di sorveglianza?	☐ No ☐ Sì	0 5
6. Nella tua struttura viene portata avanti la sorveglianza di: (barrare tutte le risposte pertinenti) Infezioni del sito chirurgico / Infezioni associate a dispositivo / Infezioni su base clinica / Colonizzazioni da MDR / Infezioni potenzialmente epidemiche / Infezioni in popolazioni vulnerabili / Infezioni che possono interessare gli operatori <i>Barrare tutte le risposte pertinenti</i>	☐ Ciascuna voce: No ☐ Ciascuna voce: Sì	0 2.5
7. Viene regolarmente valutato se la sorveglianza è in linea con le esigenze e le priorità della tua struttura?	☐ No ☐ Sì	0 5
Punteggio subtotale		___/100

Metodi della sorveglianza

Domanda	Risposta	Punteggio
8. Vengono utilizzate definizioni di caso accurate (CDC NHSN/ECDC o adattate tramite processo evidence-based)?	☐ No ☐ Sì	0 5
9. Utilizzate metodi per la raccolta standardizzata dei dati in accordo con protocolli internazionali?	☐ No ☐ Sì	0 5
10. Vi sono processi in essere per rivedere regolarmente la qualità dei dati?	☐ No ☐ Sì	0 5
11. È disponibile una adeguata capacità di laboratorio e microbiologica per supportare la sorveglianza? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì, differenziazione gram+/gram- ma non identificazione patogeni ☐ Sì, identificazione dei patogeni in modo tempestivo ☐ Sì, identificazione patogeni e pattern di antibioticoresistenza	0 2.5 5 10

Analisi dei dati e disseminazione

Domanda	Risposta	Punteggio
12. I dati di sorveglianza vengono utilizzati per mettere a punto piani di miglioramento delle pratiche IPC?	☐ No ☐ Sì	0 5
13. Analizzate i dati di resistenza antibiotica regolarmente?	☐ No ☐ Sì	0 5
14. Viene fornito un feedback regolare dei dati di sorveglianza a: (una riga per ogni destinatario) — Operatori di prima linea / Dirigenti clinici / Comitato IPC / Gestione non clinica <i>Barrare tutte le risposte pertinenti</i>	☐ Ciascun destinatario: No ☐ Ciascun destinatario: Sì	0 2.5
15. Come viene dato il feedback sui dati della sorveglianza? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ Nessun feedback ☐ Solo informazione scritta/orale ☐ Presentazione o altra modalità interattiva problem-oriented	0 2.5 7.5
Punteggio subtotale		____/100

Componente essenziale 5: Strategie multimodali per l'implementazione degli interventi IPC

Domanda	Risposta	Punteggio
1. Utilizzate strategie multimodali per implementare le strategie IPC?	☐ No ☐ Sì	0 15
2. Le strategie multimodali utilizzate includono i seguenti elementi? <i>Cambiamenti di sistema / Formazione e addestramento / Monitoraggio e feedback / Comunicazione e promemoria / Clima per la sicurezza e cultura del cambiamento</i> <i>Scegliere una risposta (la più accurata) per ciascun elemento</i>	☐ Elemento non incluso ☐ Misure parziali/di base in essere ☐ Misure complete, incluse ergonomia/accessibilità e interventi interattivi	0 5 10
3. Viene utilizzato un team multidisciplinare per implementare le strategie multimodali?	☐ No ☐ Sì	0 15
4. Collabori regolarmente con i colleghi del settore qualità e rischio clinico per sviluppare e promuovere strategie multimodali?	☐ No ☐ Sì	0 10
5. Queste strategie includono bundles o checklists?	☐ No ☐ Sì	0 10
Punteggio subtotale		___/100

Componente essenziale 6: Monitoraggio/audit delle pratiche IPC e feedback

Domanda	Risposta	Punteggio
1. Disponete di personale formato responsabile del monitoraggio/audit delle pratiche IPC e del feedback?	☐ No ☐ Sì	0 10
2. È presente un piano ben definito per il monitoraggio con obiettivi e target chiaramente definiti?	☐ No ☐ Sì	0 7.5
3. Quali processi e indicatori vengono monitorati nella tua struttura? <i>Igiene delle mani / Inserzione cateteri intravascolari / Medicazioni / Precauzioni isolamento/MDR / Pulizia ambienti / Disinfezione/sterilizzazione / Consumo prodotti idroalcolici / Consumo antibiotici / Gestione rifiuti</i> <i>Barrare tutte le risposte pertinenti</i>	☐ Nessuno ☐ Ciascun indicatore selezionato: Sì	0 5
4. Quanto frequentemente viene utilizzato il WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ Mai ☐ Periodicamente, ma non con scadenze programmate ☐ Almeno annualmente	0 2.5 5
5. Gli esiti delle attività di audit vengono restituiti a: <i>Team IPC / Capi dipartimento e manager / Operatori sanitari in prima linea / Comitato IPC o qualità / Direzione della struttura</i> <i>Barrare tutte le risposte pertinenti</i>	☐ Non viene prodotto nessun rapporto ☐ Ciascun destinatario: Sì	0 2.5
6. I dati di monitoraggio vengono restituiti regolarmente (almeno ogni anno)?	☐ No ☐ Sì	0 10
7. Il monitoraggio e il feedback viene effettuato con una cultura "libera da intenti punitivi" con il solo obiettivo di migliorare?	☐ No ☐ Sì	0 5
8. I fattori culturali che influenzano la sicurezza vengono valutati nella tua struttura (HSOPSC, SAQ, PSCHO, HSC)?	☐ No ☐ Sì	0 5
Punteggio subtotale		___/100

Componente essenziale 7: Carico di lavoro, risorse umane e occupazione dei letti**Risorse umane**

Domanda	Risposta	Punteggio
1. I livelli appropriati di personale vengono valutati in relazione al carico di lavoro utilizzando standard nazionali o il metodo WHO WISN?	☐ No ☐ Sì	0 5
2. Esiste un rapporto standard tra operatori e pazienti che viene rispettato in tutta la struttura? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì, per il personale in meno del 50% dei reparti ☐ Sì, per il personale in più del 50% dei reparti ☐ Sì, per tutti gli operatori sanitari della struttura	0 5 10 15
3. Esiste un sistema per intervenire quando le necessità di personale risultano troppo bassi?	☐ No ☐ Sì	0 10
Punteggio subtotale		___/100

Occupazione dei letti

Domanda	Risposta	Punteggio
4. La planimetria dei reparti risponde a standard internazionali in relazione alla capacità di posti letto? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì però solo in determinati reparti ☐ Sì, in tutti i reparti (incluso DEA e pediatria)	0 5 15
5. L'occupazione dei letti nella tua struttura è pari a un paziente per letto? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì, ma solo in alcuni reparti ☐ Sì, in tutti i reparti	0 5 15
6. Nella tua struttura i pazienti vengono messi in letti in corridoio fuori dalle stanze? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ Sì, più frequentemente di due volte a settimana ☐ Sì, meno frequentemente di due volte a settimana ☐ No	0 5 15
7. Viene assicurato uno spazio adeguato > 1 metro tra i letti dei pazienti? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì, ma solo in alcuni reparti ☐ Sì, in tutti i reparti	0 5 15
8. Esiste un sistema per valutare e intervenire quando la capacità di letti adeguata viene superata? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì, è una responsabilità del capo reparto ☐ Sì, è una responsabilità dell'amministrazione dell'ospedale	0 5 10
Punteggio subtotale		___/100

Componente essenziale 8: Ambiente fisico, materiali e attrezzature per IPC**Acqua**

Domanda	Risposta	Punteggio
1. È disponibile acqua in tutti i momenti e in quantità sufficiente per tutti gli utilizzi? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No, disponibile in media < 5 giorni per settimana ☐ Sì, ≥ 5 giorni a settimana oppure ogni giorno ma non in quantità sufficiente ☐ Sì, ogni giorno e in quantità sufficiente	0 2.5 7.5
2. È presente una fonte affidabile di acqua potabile accessibile a personale, pazienti e familiari in tutti i momenti? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No, non disponibile ☐ A volte, o solo in alcuni luoghi ☐ Sì, accessibile in qualsiasi momento e per tutti i reparti	0 2.5 7.5
Punteggio subtotale		___/100

Igiene delle mani e sanificazione

Domanda	Risposta	Punteggio
3. Sono disponibili in tutti i punti di assistenza stazioni per l'igiene delle mani (soluzione alcolica oppure sapone e acqua)? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No, non presente ☐ Sì, le stazioni sono presenti, ma non sempre rifornite adeguatamente ☐ Sì, sempre rifornite adeguatamente	0 2.5 7.5
4. Nella tua struttura sono disponibili ≥ 4 bagni o latrine per gli ambulatori o ≥ 1 per 20 pazienti per il ricovero ordinario? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ Numero inferiore di bagni funzionanti di quello richiesto ☐ Il numero è sufficiente ma non sono tutte funzionanti ☐ Il numero è sufficiente e funzionano tutte	0 2.5 7.5
Punteggio subtotale		___/100

Energia elettrica, ventilazione e pulizia

Domanda	Risposta	Punteggio
5. È disponibile sufficiente energia elettrica giorno e notte per tutti gli utilizzi? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì, a volte o solo in alcune aree ☐ Sì, sempre e in tutte le aree	0 2.5 5
6. La ventilazione ambientale è disponibile in tutte le aree di assistenza?	☐ No ☐ Sì	0 5
7. Per i pavimenti e le superfici di lavoro orizzontali esiste un registro delle pulizie firmato ogni giorno? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ Nessun registro delle pulizie ☐ Il registro esiste ma non compilato e firmato ogni giorno ☐ Sì, il registro è completo e firmato ogni giorno	0 2.5 5
8. Sono disponibili materiali appropriati e ben mantenuti per le pulizie? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ Nessun materiale disponibile ☐ Sì, disponibili ma non mantenuti in modo appropriato ☐ Sì, sono disponibili e ben mantenuti	0 2.5 5
Punteggio subtotale		___/100

Collocazione del paziente e DPI

Domanda	Risposta	Punteggio
9. Sono disponibili stanze singole o stanze per il coorting dei pazienti con patogeni simili? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Nessuna stanza singola ma disponibili stanze per coorting ☐ Sì, sono disponibili stanze singole	0 2.5 7.5
10. Sono disponibili DPI in ogni momento e in quantità sufficiente per tutti gli operatori sanitari? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No ☐ Sì, ma non continuativamente e in quantità sufficienti ☐ Sì, disponibili continuativamente e in quantità sufficienti	0 2.5 7.5
Punteggio subtotale		___/100

Gestione dei rifiuti e degli scarichi

Domanda	Risposta	Punteggio
11. Sono disponibili contenitori per la raccolta di rifiuti non infettivi, infettivi e taglienti in prossimità dei punti di generazione? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ Non esistono contenitori separati per i taglienti ☐ Contenitori presenti ma senza coperchi o pieni; solo alcuni punti coperti ☐ Sì	0 2.5 5
12. Esiste una fossa funzionale o un pick-up comunale per la gestione dei rifiuti non infettivi? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ Nessuna fossa o altro metodo ☐ Fossa nella struttura ma insufficiente o pick-up irregolare ☐ Sì	0 2.5 5
13. Esiste un inceneritore o altra tecnologia per il trattamento dei rifiuti infettivi e taglienti? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No, nessuno ☐ Presente, ma non funzionante ☐ Sì	0 2.5 5
14. Esiste un sistema di trattamento dell'acqua reflua che funziona in modo affidabile? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No, non è presente ☐ Sì, ma non funziona in modo affidabile ☐ Sì, funziona in modo affidabile	0 2.5 5
Punteggio subtotale		___/100

Decontaminazione e sterilizzazione

Domanda	Risposta	Punteggio
15. Nella tua struttura esiste un'area dedicata alla decontaminazione e/o un dipartimento per fornire materiale sterile? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No, non è presente ☐ Sì, ma non funziona in modo affidabile ☐ Sì, funziona in modo affidabile	0 2.5 5
16. Sono disponibili attrezzature sterili e disinfettate pronte per l'uso? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No, disponibile in media < 5 giorni per settimana ☐ Sì, > 5 giorni a settimana ma quantità non sufficienti ☐ Sì, disponibile ogni giorno, in quantità sufficienti	0 2.5 5

17. È disponibile materiale monouso quando necessario? <i>Scegliere una risposta</i>	☐ No, non disponibili	0
	☐ Sì, ma solo a volte	2.5
	☐ Sì, continuativamente	5
	Punteggio subtotale	
		___/100

Interpretazione: un processo in tre fasi

Fase 1 — Sommare i punteggi

Sezione (Componente essenziale)	Punteggio subtotale
1. Programma IPC	___/ 100
2. Linee guida IPC	___/ 100
3. Formazione e addestramento in IPC	___/ 100
4. Sorveglianza delle ICA	___/ 100
5. Strategie multimodali	___/ 100
6. Monitoraggio/audit delle pratiche IPC e feedback	___/ 100
7. Carico di lavoro, risorse umane e occupazione dei letti	___/ 100
8. Ambiente fisico, materiali e attrezzature per IPC	___/ 100
PUNTEGGIO FINALE TOTALE	___/ 800

Fase 2 — Determinare il livello IPC

Punteggio	Livello IPC	Punteggio	Livello IPC
0 – 200	Inadeguato	401 – 600	Intermedio
201 – 400	Di base	601 – 800	Avanzato

Fase 3 — Rivedere i risultati e sviluppare un piano di azione

Rivedi le aree identificate da questa valutazione che richiedono un miglioramento nella tua struttura e definisci un piano di azione. Consulta il WHO Interim practical manual che supporta l'implementazione delle WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes per indicazioni, schemi, consigli ed esempi. Tieni una copia di questa valutazione per confrontarla con future valutazioni ripetute a intervalli regolari.



1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura disciplina la gestione del sistema di "Governo Clinico" attraverso il quale le organizzazioni sanitarie della Clinica Novasalus si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono elevati parametri assistenziali, creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica, partendo dall'analisi del possibile errore umano. Errore umano che viene affrontato mediante un approccio di sistema che parte dal presupposto che sono molteplici i fattori che concorrono al suo verificarsi.

Questi possono essere raggruppati nelle seguenti classi:

- Fattori strutturali-tecnologici (caratteristiche della struttura sanitaria e dell'impiantistica, sicurezza e logistica degli ambienti, apparecchiature e strumentazioni, ecc.)
- Fattori organizzativi-gestionali e condizioni di lavoro (struttura organizzativa, politica e gestione delle risorse umane, sistema di comunicazione organizzativa, coinvolgimento degli stakeholder, aspetti ergonomici, politiche per la promozione della sicurezza del paziente)
- Fattori umani, individuali e di team
- Fattori esterni (normativa vigente, influenze dell'opinione pubblica e dei media)
- Assicurazioni

Sono stati pertanto definiti i principi di prevenzione e controllo del rischio clinico, le modalità di attuazione degli Audit di Processo e di Esito, il sistema di monitoraggio degli eventi avversi e la gestione dell'eventuale contenzioso del sinistro.

Tale sistema, oltre ad avere una precisa finalità informativa onde perseguire lo scopo del continuo miglioramento (efficacia ed efficienza) nei processi assistenziali, ha lo scopo di prevenire potenziali azioni legali di rivalsa minacciate o messe in atto dall'utenza che reputa di essere vittima di un evento avverso o di una colpa professionale.

Nella redazione della presente procedura si è tenuto conto dei principi di controllo, definiti nelle "Linee Guida per l'Adozione del Modello Organizzativo e Gestionale" emesse in data settembre 2004 dall'Associazione Italiana Ospedalità Privata e degli enunciati di cui alla Legge 24/2017.

2. SISTEMA DISCIPLINARE

L'inosservanza dei principi contenuti nella presente procedura può comportare l'applicazione delle misure sanzionatorie regolate dal sistema disciplinare aziendale, adottato ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001, sulla base delle specifiche modalità ivi previste, nonché l'applicazione dei provvedimenti previsti dal Codice Disciplinare del CCNL di riferimento. Evidentemente, essendo preminente l'interesse a che gli eventi sentinella siano evidenziati dagli Operatori Sanitari, è ammessa la segnalazione anonima, atta a favorire la spontaneità della stessa, ovvero la non adozione di provvedimenti disciplinari.

3. RESPONSABILITÀ

La responsabilità dell'applicazione della presente procedura è dei:

Direttore Sanitario della Clinica Novasalus;

Responsabile della Funzione Compliance Normativa e Gestione del Rischio Clinico della Clinica Novasalus;

- Amministratori Delegati della Clinica Novasalus;
- Coordinatore Infermieristico della Clinica Novasalus;
- Responsabile Ufficio Tecnico della Clinica Novasalus;
- Rappresentante della Sicurezza della Clinica Novasalus;
- Responsabile Area Gestionale della Clinica Novasalus In particolare, la Direzione Sanitaria ha pieni poteri operativi di gestione delle attività di raccolta e valutazione dell'evento occorso, finalizzate all'adozione delle azioni correttive.

a. deve partecipare:

- alla preparazione ed esecuzione degli Audit clinici;
- all'allestimento della mappa dei rischi;
- all'allestimento delle strategie di mitigazione dei rischi.

b. deve svolgere funzioni di consulenza:

- in tema di gestione dei documenti (cartella clinica, incident reporting);
- in tema di tutela della riservatezza dei dati personali e sensibili;
- in tema di qualità e appropriatezza delle prestazioni.

c. deve farsi carico di piani formativi:

- in tema di informazione e consenso;
- in tema di colpa professionale;
- in tema di nesso di causalità, con applicazione nei vari ambiti penalistici (colpa professionale, infortunistica, malattie professionali ecc.).

4. DEFINIZIONI

Rischio Clinico: probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, subisca cioè un danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo della degenza, che può causare un prolungamento del periodo di degenza, la mancata guarigione, un peggioramento delle condizioni di salute o anche la morte.

Tale danno può verificarsi in seguito alla natura stessa del trattamento terapeutico (lesione iatrogenica), oppure in seguito ad un possibile errore.

L'errore umano è normalmente la prima causa di incidente o evento avverso in medicina ed è definito come il fallimento delle azioni pianificate per raggiungere il fine desiderato. Una delle distinzioni più

importanti è quella tra errore attivo (o manifesto) ed errore (o condizione) latente.

Gli errori attivi sono le violazioni e gli atti non sicuri commessi dagli individui a diretto contatto con il paziente o con il sistema. Essi prendono una varietà di forme: sviste, dimenticanze, errori e violazioni procedurali. Hanno un impatto diretto sull'integrità delle difese, e cioè su tutti i dispositivi tecnici e procedurali posti a salvaguardia dei sistemi ad alta complessità; inoltre, hanno effetti avversi immediati.

Le condizioni latenti sono invece definite come una inevitabile patologia insita nel sistema. Si originano dalle decisioni dei redattori delle procedure e a livello di top management, e non sono necessariamente il prodotto di cattive decisioni.

Gestione del Rischio Clinico: processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.

Evento: accadimento che ha dato o aveva la potenzialità di dare origine ad un danno non intenzionale e/o non necessario nei riguardi di un paziente.

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

Evento evitato: errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Evento sentinella: evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna un'indagine immediata.

Per "errore" viene inteso il fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato. Può essere distinto in:

- Errore attivo: ben identificabile, prossimo in senso spazio-temporale al verificarsi dell'evento avverso, spesso riconducibile ad un'azione sbagliata commessa da un operatore o ad un incidente come il malfunzionamento di una strumentazione elettromedicale;
- Errore latente: insufficienze organizzative-gestionali del sistema che hanno creato le condizioni favorevoli al verificarsi di un errore attivo.

Solo attraverso opportune analisi è possibile identificare le cause di errore, attive e latenti, e ridisegnare i processi al fine di ridurre la probabilità che lo stesso errore si ripeta.

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La Clinica Novasalus, per garantire la sicurezza rivolta ai pazienti, ha definito un modello organizzativo che prevede diversi fattori, tra i quali una chiara identificazione degli obiettivi da raggiungere e una precisa identificazione di responsabilità, compiti, risorse e competenze.

La metodologia per la gestione del rischio si articola in un processo che prevede le seguenti fasi:

- a. Identificazione dei rischi e analisi;
- b. Trattamento, Rimozione e minimizzazione delle cause;
- c. Monitoraggio continuo degli eventi e dei processi favorenti gli stessi (il monitoraggio è trasversale a tutte le fasi).

Per identificare le cause che maggiormente hanno contribuito al verificarsi di un errore, vengono monitorati ed indagati gli eventi avversi, gli eventi sentinella ed i quasi errori (near misses).

Lo scopo è quello di individuare le insufficienze nel sistema che possono contribuire allo scatenarsi di un evento avverso, e di identificare nonché progettare le idonee misure protettive. Per individuare le falle del sistema vengono seguiti due diversi approcci:

Approccio reattivo: l'analisi parte da un evento avverso e viene fatta una ricostruzione sequenziale degli avvenimenti che lo hanno caratterizzato. Questa analisi ha lo scopo di identificare i fattori che lo hanno causato o che hanno contribuito al suo verificarsi. Le fonti informative e gli strumenti operativi maggiormente utilizzati sono: incident reporting, briefing sulla sicurezza, audit clinico e revisione della documentazione clinica.

Approccio pro-attivo: viene effettuata una revisione delle procedure e dei protocolli esistenti, identificando i punti di criticità e realizzando delle barriere protettive che impediscano l'errore umano attivo. È un'analisi di tipo qualitativo intesa ad identificare quello che potrebbe succedere.

Di seguito sono riportati per ogni fase del processo di Governo Clinico gli strumenti principali e gli output attesi:

Fase del processo	Alcuni Strumenti	Output attesi
Identificazione dei rischi e analisi	Segnalazione spontanea degli eventi (incident reporting), gestione dei reclami e dei risarcimenti, audit clinici, revisione delle cartelle ecc.	Profilo qualitativo di rischio / Criticità specifiche
Trattamento	Piani di trattamento dei rischi Azioni di trattamento (revisione processi, procedure, formazione, introduzione tecnologie, cambiamenti organizzativi ecc.)	Priorità di intervento / Riduzione, Accettazione, Eliminazione
Monitoraggio	Revisione cartelle	Valutazione dell'andamento specifico

5.1 Identificazione dei rischi e analisi

È il processo mediante il quale si identificano situazioni, comportamenti e procedure che possono portare ad una perdita (Loss). Le fonti sono numerose; tra queste:

- la sicurezza degli ambienti e delle attrezzature;
- i percorsi per il controllo delle infezioni;
- i programmi di miglioramento della qualità e le procedure di accreditamento;
- la sorveglianza del grado di soddisfazione e dei reclami dei dipendenti e degli utenti;
- gli eventi avversi: casistica inerente la colpa professionale, infortuni sul lavoro, infortuni degli utenti e dei visitatori, risarcimento del danno ecc.

L'approccio si basa sul presupposto che ogni errore è la conseguenza di problemi che lo precedono e che tali problemi potrebbero rendersi manifesti ancor prima che si realizzi l'evento avverso. Certe evenienze possono lasciar trasparire rischi non adeguatamente controllati, che potrebbero concretizzarsi in ulteriori eventi avversi, a volte anche più gravi e/o frequenti.

Gli strumenti utilizzati per l'individuazione dei rischi sono:

a) Incident Reporting

L'Incident Reporting è una modalità standardizzata di segnalazione di eventi indesiderati, finalizzata a rilevare criticità del sistema o di alcune procedure. La segnalazione interessa:

- gli adverse events: eventi avversi di qualsiasi natura e gravità, che causano la morte, una malattia, una menomazione, una disabilità, ma anche solo una sofferenza transitoria (ad esempio, una reazione anafilattica alla penicillina);
- i no harm events: eventi che, pur espressione di un possibile errore o criticità, non hanno comportato danni al paziente;
- i near misses: incidenti potenziali che non si verificano per mera casualità. I near miss sono una fonte preziosa per evidenziare le criticità dell'apparato organizzativo e un'opportunità per attuare strategie di prevenzione degli eventi avversi; vanno pertanto accuratamente esaminati, alla stregua degli eventi avversi.

Lo scopo è di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per poter apprendere ed intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire la ricerca specifica nelle aree a maggior criticità.

Nelle strutture della Clinica il sistema di segnalazione avviene attraverso le modalità operative definite nelle procedure PQ 8C "Gestione delle non Conformità", PQ 8A "Gestione dei reclami", P 10-CM "Gestione degli eventi avversi ed evitati e degli eventi sentinella" e nella procedura PQ 8D "Analisi dei dati e Miglioramento continuo", all'interno della quale vengono descritte le modalità di gestione e analisi dei questionari della qualità percepita (customer satisfaction) e della qualità partecipata (APQ).

b) Eventi sentinella

Gli eventi sentinella – esprimendo criticità di sistema di notevole rilievo – devono essere notificati entro 24 ore mediante la compilazione del Mod. 02/P10-CM "Scheda di segnalazione evento sentinella".

Nelle strutture della Clinica il sistema di segnalazione e gestione avviene attraverso le modalità operative definite nelle procedure P 10-CM "Gestione degli eventi avversi ed evitati e degli eventi sentinella", P 09-CM "Audit Clinico di esito" e nella P 11-CM "Gestione dei sinistri aziendali".

c) Audit Clinici

L'Audit Clinico è un processo di miglioramento della qualità che offre la reale opportunità di imparare dalle esperienze e produce vantaggi per:

- la persona assistita, poiché favorisce la fiducia nella sicurezza e qualità della cura erogata;
- gli operatori sanitari, poiché permette loro di acquisire nuove competenze e riconoscimento professionale;
- l'istituzione, poiché inserisce metodi di gestione e di miglioramento della qualità trasferibili ad altre situazioni.

La Clinical governance è una modalità di gestione dei servizi sanitari promossa dal documento inglese "A first class service: Quality in the new national health service" (Londra, Department of Health, 1998). Tra le raccomandazioni principali contenute nel documento si segnala:

- la partecipazione di tutti i professionisti ad audit clinici (valutazione e miglioramento di qualità), locali e multicentrici;
- la diffusione di pratiche basate sulle evidenze scientifiche e l'utilizzo di linee guida;
- il miglioramento della completezza e dell'accuratezza nella rilevazione delle informazioni per monitorare l'assistenza clinica e valutare gli esiti (outcome);
- l'attuazione di un sistema di segnalazione, di indagine e di prevenzione degli eventi avversi;
- la facilitazione nel comunicare i reclami da parte dei pazienti e dei loro familiari;
- il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari;
- la costante promozione della formazione e del training;
- la ricerca e sviluppo;
- la collaborazione multidisciplinare;
- la valutazione del personale;
- la comunicazione e gestione della documentazione.

Le Direzioni Sanitarie hanno la responsabilità, con cadenza semestrale, di indire una riunione alla quale sono invitati gli Operatori Sanitari interessati all'assistenza dei pazienti (Coordinatore Infermieristico, Fisioterapisti, OSS). All'interno del gruppo viene identificato un facilitatore che assicuri la disponibilità della documentazione per la relativa istruttoria, la conduzione efficace degli incontri e la relativa reportistica.

Scopo della riunione (AUDIT) è assicurare una cultura ed un approccio condiviso alla sicurezza del paziente. Si procede a:

- Analisi delle plausibili situazioni di rischio, delle non conformità registrate, dei reclami, ecc.;
- Analisi degli eventi avversi o degli eventi sentinella avvenuti nel corso del semestre passato (sia analisi con approccio proattivo che reattivo);
- Confronto, con discussione colloquiale ma strutturata e condotta dal Direttore Sanitario, da cui sortisca un verbale in cui siano considerati:
 - Lista dei problemi di sicurezza analizzati (rilevazione dei problemi ed in caso di assenza si può far riferimento a situazioni specifiche potenziali tipiche della tipologia di prestazioni erogate dalla struttura stessa);
 - Eventuali provvedimenti adottati sia di tipo organizzativo, igienico sanitario ma anche, se presenti, disciplinari/contrattuali;
 - Motivazioni ed obiettivi di partecipazione in cui il singolo venga chiamato a far parte di un sistema di prevenzione posto a salvaguardia della singola prestazione d'opera.

Il verbale viene trasmesso alla Funzione Compliance Normativa – Gestione del Rischio Clinico della Clinica per il prosieguo dell'attività di governo clinico. Rilievi, osservazioni, azioni correttive saranno successivamente comunicati al Direttore Sanitario di riferimento.

Il Direttore Sanitario deve condurre la riunione tenendo presente:

- d. richiamare la finalità della riunione: raccogliere informazioni utili a prevenire le circostanze che possano indurre un evento avverso;
- e. assicurare la riservatezza della fonte delle informazioni: non si attribuiscono le informazioni alla singola persona che le ha riferite e che esiste un referente del gruppo a cui poterle inoltrare anche in via diretta;
- f. informare che le domande poste nel corso della riunione saranno aperte perché l'importante è raccogliere opinioni di chi opera sul campo;
- g. far presente che esiste un referente apicale a cui poter far riferimento ed inoltrare qualsiasi domanda o informazione.

d) Informazione e consenso

Costituisce uno dei cardini della gestione del rischio clinico, assumendo importanza sia per l'acquisizione di un consenso giuridicamente valido, attraverso un'informazione corretta ed esaustiva, sia come fondamentale processo di comunicazione tra il medico e il paziente (o i suoi congiunti) finalizzato a ottenere la totale partecipazione del paziente nella scelta delle cure, ponderando i rischi delle scelte tra le varie possibilità prospettate.

Nelle strutture della Clinica l'acquisizione del Consenso informato è gestita dalla procedura P07-CM "Acquisizione del consenso informato", oltre ad essere ulteriormente dettagliato nelle procedure di processo distinte per ogni struttura.

e) Cartella clinica

Altri strumenti utilizzati, per aumentare la conoscenza degli eventi indesiderati, sono la verifica retrospettiva dell'attività clinica attraverso la revisione delle cartelle cliniche per l'identificazione di eventi avversi e la successiva valutazione rispetto alla loro prevenibilità. Attraverso la revisione è possibile verificare la completezza, compilazione e precisione circa le annotazioni cliniche,

diagnostico-strumentali, operative e di pratica infermieristica, individuando possibili discrasie latenti o verificandone la corretta applicazione.

Il processo di revisione delle cartelle viene anche usato per monitorare i progressi nella prevenzione degli eventi avversi quando, ad esempio, si introducono pratiche più sicure.

Nelle strutture della Clinica Novasalus, le cui attività prevedono la redazione di una cartella clinica, viene eseguita la revisione delle cartelle seguendo le modalità riportate nella Istruzione Operativa IO 01/P06-CM "Controllo delle cartelle cliniche".

f) Analisi partecipata della qualità

L'Analisi Partecipata della Qualità (APQ) è un metodo di valutazione della qualità dei servizi messo a punto dal Laboratorio di Scienze della cittadinanza. Riguarda essenzialmente la qualità percepita, prendendo in esame tre aspetti principali del Sistema Sanitario:

- la qualità tecnica: attrezzature, aggiornamento del personale, continuità della prestazione, assistenza sanitaria, organizzazione del lavoro con esclusione di ciò che attiene alle risorse economiche e all'adeguatezza dell'assistenza rispetto ai protocolli diagnostici;
- il comfort: dalle prestazioni alberghiere alla igiene, dalla qualità del cibo ai sistemi di informazione;
- i rapporti interpersonali, come quelli tra medico e paziente e tra infermiere e paziente, nonché i rapporti con l'Amministrazione, la disponibilità e la circolazione delle informazioni.

L'Analisi Partecipata della Qualità oltre ad essere una tecnica di valutazione è allo stesso tempo una procedura di miglioramento della qualità che si contraddistingue per l'efficace sintesi tra tecnicità e carattere partecipativo. Essa trova applicazione all'interno delle strutture sanitarie di ricovero della Clinica Novasalus. Le modalità operative sono riportate nella IO 02/P06-CM "Analisi Partecipata della Qualità".

5.2 Trattamento dei rischi

Sulla scorta dell'analisi delle informazioni raccolte dalle diverse analisi, ma anche dei sistemi di rilevazione richiamati (eventi sentinella, incident reporting, reclami, non conformità, ecc.) viene definito un quadro complessivo dei rischi e vengono attuate procedure e strategie di prevenzione le cui modalità di attuazione sono richiamate nelle diverse procedure:

- P 09-CM "Audit Clinico di esito"
- P 10-CM "Gestione degli eventi avversi ed evitati e degli eventi sentinella"
- P 11-CM "Gestione dei sinistri aziendali"
- PQ 8A "Gestione dei reclami"
- PQ 8C "Gestione delle Non Conformità"

5.3 Monitoraggio

La Funzione Compliance Normativa Gestione del Rischio Clinico della Clinica Novasalus si riserva di provvedere, in via diretta, d'intesa con la Direzione Sanitaria di riferimento, a tre sistemi di monitoraggio e di campionamento:

- h. Revisione di cartelle cliniche, con lo scopo di verificare la loro completezza, compilazione e precisione di annotazioni cliniche, diagnostico-strumentali, operative, di consenso informato consapevole, e di pratica infermieristica. La selezione delle cartelle cliniche da sottoporre a revisione può essere focalizzata su un tipo specifico di evento relativo ai punti critici del processo assistenziale, ovvero, con lo scopo di verificare, su una griglia predisposta, una casistica clinica che possa far individuare plausibili discrasie latenti legate alla gestione del singolo caso clinico o della patologia ricorrente.
- i. Osservazione dei trattamenti terapeutici, con lo scopo di verificare le somministrazioni dei farmaci e parafarmaci in relazione alla prescrizione sia con la finalità di rilevare errori o reazioni avverse (ADR), ma, anche, per il continuo miglioramento degli aspetti gestionali propri del processo assistenziale.
- j. Analisi delle eventuali non conformità in materia di prevenzione e protezione (sicurezza dai rischi sul lavoro), di igiene (piano di igiene e norme sanitarie), di relazioni con il pubblico (qualità percepita, reclami e gestione dell'URP) e, ove necessario, dei processi assistenziali propri della struttura in esame.

Dalle risultanze del monitoraggio effettuato, la Funzione Compliance Normativa e/o l'Amministratore Delegato e il Direttore Sanitario di riferimento individuano le eventuali azioni che prevengono o riducono la probabilità che lo stesso evento si ripeta. La prima attenzione è sulla rimozione delle cause che hanno determinato l'evento; se non vi sono azioni da applicare per eliminare la causa, si definiscono le procedure più appropriate per ridurre la possibilità di accadimento.

La Funzione Compliance Normativa e/o l'Amministratore Delegato e il Direttore Sanitario della Clinica Novasalus di riferimento provvedono all'organizzazione dei corsi di formazione ed informazione con lo scopo di implementare un sistema inteso come completamento dell'analisi strutturata e sistematica del Rischio Clinico.

6. DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

"Linee Guida per l'Adozione del Modello Organizzativo e Gestionale" – Associazione Italiana Ospedalità Privata (settembre 2004).

- P07-CM "Acquisizione del consenso informato"
- P08-CM "Audit Clinico di Processo"
- P09-CM "Audit Clinico di Esito"
- P10-CM "Gestione degli eventi avversi ed evitati e degli eventi sentinella"
- P 11-CM "Gestione dei sinistri aziendali"
- PQ 8A "Gestione dei reclami"
- PQ 8C "Gestione delle non Conformità"
- IO 01/P06-CM "Controllo delle cartelle cliniche"

- IO 02/P06-CM "Analisi Partecipata della Qualità"
- Legge 24/2017 - Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie (GU n. 64 del 17-03-2017)
- Vademecum AIOP "Legge Gelli-Bianco" - 2^a versione aggiornata settembre 2017

Moduli

Codice modulo	Descrizione	Tempo di archiviazione
Mod. 01/P10-CM	Incident Reporting – Scheda di segnalazione degli eventi avversi ed evitati	5 anni
Mod. 02/P10-CM	Scheda di segnalazione evento sentinella	5 anni
Mod. 03 PQ 4A	Elenco documenti e modulistica	Fino ad aggiornamento

Nota Transitoria

Nel mese di agosto 2017 sono stati pubblicati in Gazzetta Ufficiale tre provvedimenti di interesse sanitario che si inseriscono nell'ambito dei provvedimenti attuativi della Legge 24/2017 (cosiddetta legge Gelli-Bianco):

- k. DM 2 agosto 2017 recante "Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico scientifiche delle professioni sanitarie" (GU del 10 agosto n. 186);
- l. Legge 4/8/2017, n. 124 recante "Legge annuale per il mercato della concorrenza" (GU del 14 agosto n. 189);
- m. DM 17 luglio 2017 recante "Aggiornamento annuale degli importi per il risarcimento del danno biologico per lesioni di lieve entità" (GU del 23 agosto n. 196).

Il DM 2/8/2017 è attuativo dell'art. 5, co. 1, della legge Gelli, che prevede che «Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute». Il Decreto definisce le modalità di iscrizione all'elenco delle società scientifiche.

I provvedimenti elencati si inseriscono nel quadro dei provvedimenti attuativi della Legge Gelli ed a tal fine si informa che è disponibile on line, per i soli associati, nella sezione "pubblicazioni" del sito www.aiop.it, la 2^a versione aggiornata a settembre 2017 del Vademecum "Legge Gelli-Bianco. Gli adempimenti operativi per le strutture sanitarie in base alla legge 8 marzo 2017, n. 24".

PROTOCOLLO OPERATIVO

POSIZIONAMENTO E GESTIONE

CATETERE VESCICALE

Assistenza Residenziale e Domiciliare

SOMMARIO

1. Premessa
2. Scopo
3. Obiettivi
4. Campo d'applicazione
5. Responsabilità
6. Raccomandazioni CDC — Prevenzione IVU
7. Gestione del Catetere: Cat. I (Misure efficaci) e Cat. II (Misure ragionevoli)
8. Indicazioni all'uso del Catetere Vescicale
9. Indicazioni per la Sicurezza degli Operatori
10. Procedura e Norme di Asepsi
11. Tipologie e Parametri dei Cateteri Vescicali
12. Tecnica Infermieristica per il Cateterismo
13. Raccolta Campioni Urina / Urinocoltura
14. Pulizia Meato Uretrale — Svuotamento Sacca — Raccolta 24h
15. Lavaggi Vescicali
16. Rimozione e Sostituzione del Catetere
17. Cateterismo Intermittente — Condom — Cateterismo Sovrapubico
18. Complicanze: IVU, Ostruzioni, Perdite, Lesioni
19. Educazione del Paziente e dei Caregiver
20. Bibliografia e Sitografia

1. Premessa

Il cateterismo vescicale, noto anche come cateterismo urinario, è una procedura che riguarda l'introduzione di un catetere sterile nell'uretra e il suo posizionamento nella vescica, temporaneamente o permanentemente. Questo presidio, solitamente realizzato in lattice, silicone o altri materiali, viene inserito attraverso il meato uretrale, consentendo il drenaggio delle urine dalla vescica all'esterno.

Il rispetto della corretta procedura è fondamentale per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie ma anche per la promozione di una miglior qualità della vita del paziente stesso, data la significatività del rischio da complicanze infettive.

Un catetere vescicale, infatti, by-passa il meccanismo di pulizia urinaria, introducendo microrganismi nel meato uretrale o nell'uretra, creando in tal modo una porta di ingresso per i microrganismi stessi.

Le infezioni delle vie urinarie sono tra le più frequenti infezioni nosocomiali e costituiscono approssimativamente dal 20 al 40% di tutte le infezioni ospedaliere. L'80% di esse sono associate all'uso del catetere vescicale. Dal 10% al 30% dei pazienti con catetere a breve termine svilupperà batteriuria.

2. Scopo

Il presente protocollo vuole uniformare e razionalizzare il comportamento degli operatori sanitari che erogano assistenza sanitaria in regime di residenzialità ed a domicilio e fornire una metodologia per l'informazione e l'addestramento della persona assistita e dei caregiver professionali e non, per la gestione quotidiana del cateterismo vescicale.

3. Obiettivi

Il documento ha l'obiettivo di definire:

- Il processo di lavoro e le misure di prevenzione da adottare prima, durante e dopo l'inserimento di un catetere vescicale.
- I metodi per la prevenzione dell'insorgenza di eventi infettivi.
- I livelli di responsabilità e le figure coinvolte nel processo.
- Le modalità di diffusione e comunicazione della procedura stessa.

4. Campo d'applicazione

La presente procedura viene diffusa per la conseguente applicazione in tutte le Strutture Sanitarie dell'ASP di Reggio Calabria e in assistenza territoriale.

5. Responsabilità

Ai fini dell'informazione e dei controlli sulla corretta applicazione della procedura si individuano i compiti di ciascuna delle figure coinvolte:

Azione	Medico	Infermiere	OSS / Caregiver
Prescrizione del catetere vescicale	R	–	–
Acquisizione del consenso informato	R	C	–
Inserimento del catetere vescicale	–	R	–
Gestione quotidiana (pulizia meato, svuotamento sacca)	–	R	C
Raccolta campioni urina	–	R	C
Sostituzione del catetere	C	R	–
Rimozione del catetere	C	R	–
Monitoraggio e registrazione	C	R	C
Educazione del paziente/caregiver	C	R	–

R = Responsabile azione C = Coinvolto

6. Raccomandazioni per la Prevenzione delle IVU (CDC di Atlanta)

Secondo i CDC di Atlanta (HICPAC – Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009) per ridurre il rischio di infezioni legate al catetere bisognerebbe:

- ▮ Ricorrere al catetere solo se strettamente necessario.
- ▮ Utilizzare il catetere vescicale per un periodo breve.
- ▮ Lavare le mani prima e dopo l'inserimento del catetere e prima e dopo lo svuotamento o la sostituzione della sacca di drenaggio.
- ▮ Inserire il catetere con tecnica asettica e presidi sterili.
- ▮ Limitare l'uso nei soggetti a rischio di IVU: in particolare donne, anziani e soggetti immunodepressi.

La profilassi antibiotica periodica NON deve essere fatta. Assumere antibiotici a scopo preventivo non è utile ma anzi è dannoso e aumenta il rischio di resistenze.

7. Raccomandazioni nella Gestione del Catetere Vescicale

CATEGORIA I — Misure Efficaci

- ▮ Cateterizzare solo quando è necessario.
- ▮ Il personale addetto alla gestione dei cateteri vescicali deve essere qualificato e adeguatamente formato.
- ▮ Rimuovere il catetere quando non più necessario, riesaminando periodicamente le condizioni che lo rendono indispensabile.
- ▮ Effettuare un corretto lavaggio delle mani.
- ▮ Inserire i cateteri con tecniche asettiche ed attrezzature sterili.
- ▮ Evitare le ostruzioni del flusso urinario mantenendo una corretta posizione del catetere.
- ▮ Prima del catetere vescicale permanente valutare tutti i possibili metodi alternativi (catetere sovrapubico, catetere intermittente).
- ▮ Individuare il catetere più adatto alla patologia e alle esigenze della persona, utilizzando ove possibile i cateteri di diametro più piccolo.

CATEGORIA II — Misure Ragionevoli

- ▮ Aggiornare periodicamente il personale sulle tecniche di inserzione e gestione del catetere.
- ▮ Evitare irrigazioni nella vescica con antibiotici o disinfettanti.
- ▮ Se è necessaria l'irrigazione per coaguli, utilizzare catetere a tre vie.
- ▮ In presenza di ostruzioni, è preferibile sostituire il catetere piuttosto che ricorrere ad irrigazioni frequenti.
- ▮ Evitare le piegature nel catetere e del tubo di raccolta.
- ▮ Mantenere la sacca di raccolta sotto il livello della vescica per evitare il reflusso.
- ▮ Non sostituire i cateteri arbitrariamente (sostituirli solo in caso di ostruzione, contaminazione o anomalo funzionamento).

8. Indicazioni all'uso del Catetere Vescicale

I cateteri vescicali devono essere inseriti solo in presenza di una precisa indicazione clinica e nella situazione in cui ogni altra alternativa non sia praticabile. Va periodicamente valutata la possibilità di rimuoverlo.

Il cateterismo vescicale può essere indicato in corso di:

- ▮ Ostruzione acuta delle basse vie urinarie e ritenzione urinaria.
- ▮ Disfunzione neurologica permanente della vescica (nei casi non risolvibili con cateterismo intermittente).
- ▮ Monitoraggio della diuresi nei pazienti critici (shock, coma, post-operatorio, scompenso cardiaco).

- Alcune tipologie di intervento chirurgico (urologici, ginecologici, gastrointestinali).
- Trattamento di neoplasie vescicali con farmaci citotossici topici.
- Esecuzione di test di funzionalità vescicale (valutazione del residuo post-minzionale se non eseguibile ecograficamente).
- Svuotamento della vescica prima del parto, se la paziente non è in grado di urinare spontaneamente.
- Incontinenza urinaria (se impossibile usare metodi alternativi: condom, pannoloni).
- Gravi casi di macroematuria e piuria per evitare il tamponamento vescicale.
- Lesioni da pressione sacrali di 3° o 4° stadio in pazienti incontinenti.

Il cateterismo intermittente è da preferire nei pazienti con lesione spinale acuta o vescica neurologica. I metodi alternativi (pannoloni, condom) sono da preferire nei pazienti incontinenti o lungodegenti.

9. Indicazioni per la Sicurezza degli Operatori

Per tutte le procedure relative al posizionamento ed alla gestione dei cateteri vescicali che comportano l'esposizione delle mucose e/o del corpo a liquidi biologici, gli operatori devono indossare i seguenti DPI:

- **Guanti** (sterili o non sterili in base alla procedura).
- **Camice o grembiule impermeabile** nelle procedure che possono generare schizzi.
- **Schermo facciale** nelle procedure che possono generare schizzi.

10. Procedura e Norme di Asepsi

La prescrizione del catetere vescicale è un atto medico. Il medico deve acquisire il consenso informato del paziente ai sensi della legge n. 219/2017.

La cateterizzazione vescicale deve essere eseguita da personale infermieristico addestrato.

Preparazione del paziente e del materiale

- ▶ Preparare opportunamente il paziente (posizione adeguata, rimozione di indumenti ingombranti) e il materiale occorrente.
- ▶ Eseguire il lavaggio antisettico delle mani.
- ▶ Indossare guanti sterili.
- ▶ Delimitare la parte interessata con teli sterili.
- ▶ Procedere all'accurata pulizia e disinfezione della zona genitale con garza imbevuta di soluzione antisettica, dall'interno verso la periferia.
- ▶ Lubrificare il catetere con prodotti in confezione monodose.
- ▶ Evidenziare la zona dell'inserzione, ripetere la disinfezione e applicare la sostanza lubrificante.
- ▶ Inserire il catetere sterile delicatamente, riducendo al minimo il rischio di traumi all'uretra.
- ▶ Fissare la parte esterna del catetere per ridurre la mobilità nell'uretra.
- ▶ Raccordare il catetere al sistema di drenaggio chiuso (preferibilmente sistema preconnesso sterile).
- ▶ Porre la sacca di drenaggio sempre al di sotto del livello della vescica, sollevata dal pavimento.

Norme di Asepsi durante l'Inserimento

- ▶ Il catetere deve essere inserito impiegando tecniche asettiche e presidi sterili.
- ▶ Per l'antisepsi del meato urinario, impiegare una soluzione antisettica a base di clorexidina + cetrimide in confezione monodose.
- ▶ Il lubrificante dovrà essere in confezione monodose: raccomandato il set monouso.
- ▶ Per ridurre al minimo i traumi sull'uretra, gonfiare il palloncino intravescicale in modo opportuno.

Norme di Asepsi durante le Manovre sul Sistema di Drenaggio

- ▶ Indossare guanti puliti prima di manipolare il rubinetto.
- ▶ Assicurarci che il rubinetto non venga mai a contatto con il pavimento.
- ▶ Utilizzare un contenitore pulito per lo svuotamento della sacca; in caso contrario sostituirla con una sacca monouso.
- ▶ Evitare che i bordi del contenitore vengano a contatto con il rubinetto durante lo svuotamento.

Scelta del Catetere e della Sacca

Deve essere usato il catetere di calibro minore per ridurre al minimo le reazioni da corpo estraneo della mucosa uretrale:

- ▶ **14-16 Fr** per urine chiare o per un cateterismo difficile.
- ▶ **16-18 Fr** per urine torbide.
- ▶ **18-20 Fr** per urine con ematuria.

I cateteri possono rimanere in situ:

- ▶ **20-30 giorni** quelli a media permanenza.
- ▶ **30-60 giorni** quelli a lunga permanenza.

11. Tipologie e Parametri dei Cateteri Vescicali

I cateteri vescicali variano in base a quattro parametri principali: Calibro (espresso in French/Charrière), Numero delle vie, Materiale e consistenza, Caratteristiche dell'estremità prossimale.

Calibro: ogni unità French equivale a 0,33 mm. Un catetere da 18 Fr ha un diametro di 6 mm. Lunghezza: 40-45 cm maschile, 20-26 cm femminile, 30-31 cm pediatrico. Misure adulti: 12-24 Fr; bambini: 8-12 Fr.

Tipi di Catetere

Tipo	Descrizione e utilizzo
Nelaton	Estremità arrotondata rettilinea, 1-2 fori di drenaggio, senza palloncino. Usato per cateterismo estemporaneo, soprattutto nelle donne.
Mercier	Semirigido, punta arrotondata con curvatura 30°-45°. Per inserimento nell'uomo con uretra membranosa o prostatica.
Couvelaire	Semirigido, estremità a becco di flauto con 2 fori laterali. In caso di emorragia vescicale o post-prostatectomia radicale.
Tiemann	Semirigido, punta conica angolata 30°. Per restringimento dell'uretra maschile.
Foley	Molle e confortevole, palloncino gonfiabile per ancoraggio. Il più utilizzato. Disponibile in silicone o gomma naturale.
Robinson	Flessibile, senza palloncino. Per drenaggio breve e intermittente. 2-6 aperture, utile in presenza di coaguli.
Dufour	Semirigido, autostatico a 3 vie, punta a becco di flauto. Per ematuria importante.
Coudé	Variante per facilitare il passaggio attraverso un'ipertrofia prostatica.

Materiali dei Cateteri

Materiale	Durata massima	Note
Lattice	Max 7 giorni	Può provocare reazione anafilattica nei pazienti allergici. Solo breve termine.
Silicone 100%	30-90 giorni	Ipoallergenico. Scelta preferibile per lungo termine.
Elastomero siliconico	Lunga durata	Nucleo di lattice + rivestimento silicone. Non adatto ad allergici al lattice.
Plastica/PVC	Breve durata	Rigido e scomodo. Utilizzo limitato a breve termine.

Dimensione del Pallone di Ancoraggio

- **5 ml** — cateteri pediatrici.
- **10 ml** — cateteri di uso standard.
- **30 ml** — uso post-operatorio.

12. Tecnica Infermieristica per il Cateterismo Vescicale

Preparazione della persona

È fondamentale informare il paziente e i familiari dei motivi per cui si applica il catetere e le modalità di esecuzione della pratica. Ricordare di evitare qualsiasi manipolazione del catetere e del sistema di drenaggio, rendendolo consapevole del rischio di infezione.

Materiale occorrente — Kit monouso preconfezionato (preferito in ambito domiciliare)

- ▶ 2 paia di guanti preincartati
- ▶ 1 telo CPC cm 50×60 — 1 telo CPC con foro e taglio
- ▶ 1 siringa da 10 cc preriempita con fisiologica
- ▶ 1 pinza ad anelli — 1 pinza a punti fini
- ▶ 4 tamponi rotondi mm 40 — garze cm 7×9
- ▶ 1 soffietto preriempito con gel lubrificante
- ▶ 1 sacchetto residui

Set di materiale aggiuntivo

- ▶ 2 paia guanti non sterili — 1 soluzione fisiologica cc 100
- ▶ 1 siringa cono catetere — 1 siringa cc 10
- ▶ 1 catetere vescicale — 1 sacca per raccolta vescicale
- ▶ 1 supporto reggi sacca — 1 supporto per materiale

Esecuzione della pratica nella DONNA

1. Aiutare la paziente ad assumere la posizione ginecologica.
2. Indossare 2° paio di guanti non sterili; sgonfiare il palloncino con siringa cc 10 e rimuovere il catetere in loco.
3. Aprire il kit, indossare 1° paio di guanti sterili e disporre ordinatamente il materiale nel campo sterile.
4. Aspirare nella siringa cono catetere la soluzione fisiologica dal flacone.
5. Disinfezione: con 1°-2° tampone disinfettare grandi labbra dx e sx; con 3°-4° tampone piccole labbra dx e sx; con 1° garza orifizio uretrale; con 2° garza coprire l'orifizio vaginale. Ogni garza va usata una sola volta, dall'alto verso il basso.
6. Eliminare i guanti; stendere i teli sterili sul lettino e sulla zona pubica.
7. Togliere l'involucro di protezione del catetere e raccordarlo alla sacca di drenaggio; lubrificare il catetere.
8. Introdurre lentamente la punta del catetere nel meato uretrale fino alla collocazione in vescica.
9. Raccordare il catetere alla sacca ed effettuare un lavaggio vescicale con siringa riempita con fisiologica per verificare il posizionamento.
10. Gonfiare il palloncino di ancoraggio con la siringa preriempita; ritirare il catetere fino a percepire resistenza.
11. Fissare la sacca al bordo del letto, posizionata al di sotto del livello della vescica. Nel paziente deambulante fissare la sacca ad una gamba.
12. Utilizzare il sacchetto del kit per raccogliere il materiale usato. Annotare in cartella.

Esecuzione della pratica nell'UOMO

1. Far assumere la posizione supina con le gambe leggermente divaricate. Effettuare cure igieniche dei genitali.
2. Indossare 1 paio di guanti non sterili; sgonfiare il palloncino con siringa cc 10 e rimuovere il catetere in loco.
3. Aprire il kit, indossare guanti sterili e disporre il materiale nel campo sterile.
4. Ritirare il prepuzio, disinfettare con tamponi imbibiti di soluzione disinfettante il glande e l'orifizio uretrale per almeno tre volte. Movimento: dall'orifizio uretrale verso la radice del pene.
5. Sostituire i guanti con il 2° paio di guanti sterili. Stendere i teli sterili.
6. Togliere l'involucro di protezione al catetere e raccordarlo alla sacca.

7. Introdurre nell'uretra il gel lubrificante; inserire la punta del catetere nel meato uretrale lentamente con movimento rotatorio, distendendo il pene verso l'alto.
8. Abbassare il pene quando si avverte una leggera resistenza e continuare ad introdurre il catetere fino al deflusso di urina. Se si sente resistenza: non forzare, ritrarre di qualche cm e reinserire.
9. Raccordare, eseguire lavaggio vescicale con fisiologica per verificare il posizionamento, quindi raccordare con la sacca.
10. Gonfiare il palloncino di ancoraggio; ritirare il catetere fino a percepire resistenza.
11. Spingere in avanti il prepuzio per evitare eventuali edemi del pene.
12. Fissare la sacca al di sotto del livello della vescica. Annotare in cartella.

13. Raccolta Campioni Urina / Urinocoltura dal Catetere

Con Sacca a Circuito Chiuso

1. Lavaggio delle mani; indossare guanti protettivi non sterili.
2. Chiudere il tubo della sacca, al di sotto della valvola, per almeno 1 ora. Disinfettare esternamente la parte gommata della valvola.
3. Aprire asetticamente il contenitore (appoggiare il tappo con la faccia interna rivolta verso l'alto).
4. Effettuare il prelievo con siringa ed ago sottile sterile; introdurre nel contenitore sterile 10 ml di urina.
5. Controllare nome, cognome e generalità della persona.
6. Portare il campione in laboratorio evitando esposizione a calore e manipolazioni. Non raccogliere l'urina dalla sacca o sconnettendo il catetere.

Con Sacca Monouso

1. Lavaggio delle mani; indossare guanti protettivi non sterili.
2. Chiudere il catetere vescicale in prossimità della connessione con la sacca per almeno 1 ora. Disinfettare esternamente il catetere.
3. Aprire asetticamente il contenitore.
4. Scollegare il catetere dal tubo di raccordo (proteggere quest'ultimo con garza sterile). Far uscire le prime gocce di urina in un contenitore a perdere.
5. Raccogliere almeno 10 ml di urina nel contenitore sterile. Ricollegare il catetere alla sacca.
6. Controllare le generalità della persona. Portare tempestivamente in laboratorio.

14. Pulizia Meato — Svuotamento Sacca — Raccolta 24 Ore

Pulizia Quotidiana del Meato Uretrale

La pulizia quotidiana è considerata necessaria poiché la risalita per via extra luminale è quella maggiormente utilizzata dai microrganismi patogeni. Si consiglia la semplice detersione con acqua e sapone (non è dimostrata l'efficacia dei disinfettanti per prevenire le infezioni). La pulizia viene effettuata contestualmente all'igiene perineale quotidiana a letto.

- ▶ Predisporre: manopola monouso saponata, guanti monouso non sterili, padella o traversa, brocca con acqua.
- ▶ Lavaggio delle mani (sociale). Indossare guanti monouso non sterili.
- ▶ Nella donna: lavare le grandi e piccole labbra e l'area circostante il meato uretrale dall'avanti all'indietro. Eseguire 2-3 passaggi. Effettuare la pulizia della parte esterna del catetere dal meato verso la sacca.
- ▶ Nell'uomo: ritirare il prepuzio, lavare il glande e il meato uretrale. Effettuare la pulizia esterna del catetere. Riposizionare il prepuzio.
- ▶ Eliminare il materiale contaminato e i guanti. Lavaggio delle mani.

Svuotamento della Sacca di Raccolta a Circuito Chiuso

La sacca deve essere svuotata regolarmente (ogni 24 ore, più spesso in pazienti poliurici) per ridurre la proliferazione batterica.

1. Predisporre: guanti non sterili, contenitore pulito per urine, garze sterili, antisettico.
2. Lavaggio delle mani. Indossare guanti non sterili.
3. Osservare la sacca: rilevare quantità e caratteristiche macroscopiche delle urine e registrarle.
4. Estrarre il rubinetto di scarico. Aprirlo e drenare le urine nel contenitore, evitando contatto con i bordi.
5. Attendere il termine del deflusso. Chiudere il rubinetto. Disinfettare il rubinetto con garza imbevuta di disinfettante.
6. Riposizionare il rubinetto (non deve toccare il pavimento). Smaltire il materiale. Lavaggio delle mani.
7. Registrare nel diario assistenziale: quantità, caratteristiche macroscopiche, data, ora, firma.

Per evitare reflussi: clampare la sacca se viene mobilizzata, poi rimuovere la clamp e verificare che il sistema sia pervio.

Procedura per Raccolta Urine delle 24 Ore

1. Tempo 0: svuotare la sacca di raccolta ed eliminare le urine.
2. Alla scadenza delle 24 ore, svuotare nuovamente la sacca e depositare le urine nell'apposito contenitore (eventualmente con sostanze chimiche indicate dal laboratorio).
3. Nel paziente poliurico: svuotare più volte nelle 24 ore, conservando le urine nel contenitore a temperatura ambiente.
4. Valutare la quantità di urine raccolte e riportarla sulla provetta.
5. Chiudere il contenitore, agitarlo delicatamente per omogeneizzare. Prelevare un campione e versarlo nella provetta.
6. Portare tempestivamente la provetta al laboratorio (se impossibile, conservare in frigorifero).
7. Registrare nel diario infermieristico l'avvenuta esecuzione.

15. Lavaggi Vescicali

L'unica indicazione al lavaggio vescicale è limitata a patologie di interesse urologico (urine fortemente corpuscolate, piuria, macroematuria). L'irrigazione va eseguita in asepsi, preferibilmente con sistemi a circuito chiuso e cateteri a tre vie.

L'irrigazione, l'instillazione e il lavaggio vescicale NON sono indicati per prevenire le infezioni delle vie urinarie. Quando si verifica ostruzione, è preferibile sostituire il catetere piuttosto che ricorrere a irrigazioni.

Lavaggio Vescicale con Sistema Chiuso Continuo

Tecnica attuata dopo procedure chirurgiche (TURP, TURV, prostatectomia) per prevenire la formazione di coaguli occludenti. Al termine dell'intervento viene posizionato un catetere a tre vie collegato a una soluzione sterile di lavaggio (in entrata, posta superiormente) e a una sacca di drenaggio (in uscita, posta inferiormente).

1. Spiegare la procedura al paziente.
2. Verificare periodicamente: corretto funzionamento del catetere a tre vie, presenza e grado dell'ematuria, presenza costante di liquido nel tubo di drenaggio.
3. Calcolare il bilancio entrate/uscite ogni 12-24 ore: diuresi = ml uscita – ml liquido lavaggio in entrata. In caso di bilancio in pareggio o in difetto: informare immediatamente il medico.
4. Osservare il meato uretrale per segni di flogosi, lesioni o perdite di liquido.
5. Sostituire la sacca di lavaggio prima che si svuoti completamente (per evitare ingresso di aria): clampare la via di lavaggio, rimuovere la vecchia sacca mantenendo la sterilità, posizionare la nuova sacca.
6. Ogni 24 ore sostituire anche la linea di lavaggio, disinfettando prima la zona di raccordo. Liberare le bolle d'aria prima del collegamento al catetere.
7. Riaprire il morsetto, controllare il fissaggio del catetere e il regolare deflusso. Registrare su apposito modulo.

Lavaggio Vescicale con Sistema Aperto

Tecnica da utilizzare nei casi di grave riduzione o assenza di flusso urinario, presumibilmente causata da coaguli. Al di fuori della chirurgia urologica, in caso di ostruzioni frequenti è preferibile la sostituzione del catetere.

1. Spiegare la procedura al paziente. Predisporre: guanti sterili, soluzione di lavaggio sterile, siringa 50 ml cono catetere, bacinella renale sterile, contenitore sterile, telino, pinza di Klemmer, garze sterili, antisettico, sacca di riserva.
2. Eseguire il lavaggio antisettico delle mani. Indossare i guanti sterili.
3. Disinfettare il raccordo catetere/sacca. Posizionare il telino sterile sotto il catetere.
4. Togliersi i guanti e indossare un nuovo paio di guanti sterili. Posizionare contenitore sterile e bacinella reniforme sul telino.
5. Riempire il contenitore di soluzione di lavaggio sterile. Aspirare la soluzione nella siringa.
6. Raccordare il catetere dalla sacca (senza toccare le estremità di raccordo). Inserire il cono nell'estremità distale iniettando lentamente e con bassa pressione. Mantenere la siringa in posizione verticale.
7. Aspirare delicatamente rimuovendo gli eventuali coaguli. Eliminare l'aspirato nella bacinella. Clampare il catetere a livello della via di scarico.
8. Ripetere fino a quando le urine sono chiare. In caso di contaminazione, raccordare la nuova sacca di raccolta sterile.
9. Rimuovere i guanti. Lavaggio delle mani. Verificare il comfort del paziente e la palpazione addominale per rilevare eventuale globo vescicale. Registrare la procedura.

16. Rimozione e Sostituzione del Catetere

Rimozione del Catetere

Il catetere va rimosso prima possibile, non appena viene meno l'indicazione clinica.

1. Lavaggio delle mani. Predisporre: guanti non sterili, bacinella reniforme, materiale per igiene, siringa 10-20 cc, pappagallo/padella/telino salvaletto.
2. Indossare i guanti monouso. Praticare l'igiene perineale per evitare la migrazione dei microrganismi verso la vescica.
3. Rimuovere i guanti. Lavaggio delle mani. Indossare un nuovo paio di guanti.
4. Aspirare con la siringa il contenuto del palloncino.
5. Invitare il paziente a respirare profondamente e rilassarsi. Con l'altra mano sfilare delicatamente il catetere. In caso di difficoltà (depositi di struvite): torsione delicata destra-sinistra mantenendo la siringa in aspirazione.
6. In caso di impossibilità a sfilare il catetere: avvertire il medico.
7. Osservare il catetere rimosso (depositi di struvite) e verificarne l'integrità. Smaltirlo nei rifiuti sanitari a rischio infettivo.
8. Osservare il meato uretrale per segni di flogosi o lesioni. Rivalutare periodicamente la ricomparsa della minzione spontanea.
9. Registrare: avvenuta rimozione, condizioni del meato, quantità di urina emessa, eventuali complicanze.

Il clampaggio intermittente del catetere (ginnastica vescicale) non è efficace nel migliorare la funzionalità vescicale ed è probabilmente dannoso. Non deve essere effettuato.

Sostituzione del Catetere

Il catetere a lunga durata dovrebbe essere sostituito periodicamente in accordo con le indicazioni delle ditte fornitrici. In pazienti a rischio di frequenti ostruzioni l'intervallo di sostituzione dovrà essere personalizzato e più breve.

In presenza di IVU sintomatiche, rimuovere o sostituire il catetere prima di iniziare la terapia antibiotica appropriata, perché questo aumenta la probabilità di guarigione.

Per la sostituzione: eseguire sequenzialmente la procedura per la rimozione seguita dalla procedura per l'inserzione.

17. Cateterismo Intermittente — Condom — Cateterismo Sovrapubico

Il Cateterismo Vescicale a Intermittenza

I cateteri a intermittenza sono monouso: vengono inseriti in vescica attraverso l'uretra, lasciati per il tempo necessario a svuotare la vescica, poi rimossi. Rappresentano il metodo di scelta per la gestione dei pazienti con vescica neurologica.

Possono essere gestiti dal paziente (autocateterismo) o da familiari/assistenti. Disponibili in tipo semplice (da lubrificare con gel) o autolubrificante.

Frequenza: da 4 a 6 volte al giorno, non superando volumi vescicali di 400-500 ml.

In letteratura l'80% dei pazienti trattati con autocateterismo non ha presentato batteriuria e tra il 73% e il 90% è riuscito a liberarsi dal catetere a permanenza.

Procedura di autocateterismo — MASCHIO

1. Cercare di urinare prima della cateterizzazione. Lavarsi le mani.
2. Lavare il pene con acqua tiepida e sapone (abbassare il prepuzio se non circonciso).
3. Attaccare il sacchetto di raccolta alla fine del catetere. Sollevare il pene ad angolo retto rispetto all'asse del corpo.
4. Inserire lentamente il catetere. Quando le urine iniziano ad uscire, spingere ancora qualche cm e far defluire le urine.
5. Per svuotamento completo: spostare il pene e il connettore verso il basso. Rimuovere il catetere lentamente, fermandosi se l'urina riprende a scorrere.
6. A svuotamento ultimato, rimuovere delicatamente il catetere e riposizionare il prepuzio.

Procedura di autocateterismo — FEMMINA

1. Cercare di urinare prima della cateterizzazione. Lavarsi le mani.
2. Posizionarsi in piedi con una gamba sollevata su una sedia (o seduta con gambe divaricate). Eventualmente usare uno specchio.
3. Divaricare le grandi labbra con la mano non dominante. Lavare la zona intorno all'orifizio uretrale dall'avanti all'indietro.
4. Inserire lentamente il catetere nel meato uretrale. Quando le urine iniziano ad uscire, continuare ad inserirlo ancora qualche cm.
5. Assicurarsi che il connettore sia diretto verso il basso. Contrarre i muscoli addominali per svuotare completamente la vescica. Rimuovere il catetere lentamente.
6. Eliminare i rifiuti. Lavarsi le mani.

Il Condom Catetere

Il condom costituisce un mezzo alternativo al trattamento dell'incontinenza urinaria totale nell'uomo. Non deve essere applicato in caso di: pene molto retratto, allergia al lattice, pazienti non collaboranti, ritenzione urinaria.

Va sostituito almeno una volta al giorno dopo accurata igiene perineale e ispezione della zona per evidenziare rossore e lesioni.

1. Lavaggio delle mani. Predisporre: guanti non sterili, condom della misura idonea, striscia biadesiva (se non autocollante), tubo di raccordo e sacca.
2. Informare il paziente sulla procedura.
3. Calzare un guanto, sorreggere il pene distalmente. Con l'altra mano posizionare la striscia biadesiva intorno al pene (controllare che non stringa per non ostacolare la circolazione peniena).
4. Calzare l'altro guanto. Porre il condom arrotolato sul pene con la parte a imbuto in corrispondenza del glande. Srotolare gradualmente fino alla base del pene.
5. Quando il condom è in posizione, farlo aderire alla striscia adesiva con pressione circolare.
6. Controllare che non vi siano pressioni, rotazioni o trazioni sul glande. Collegare il condom al tubo di raccordo della sacca (posizionata sotto il livello del pene e della vescica).
7. Smaltire il materiale. Lavaggio delle mani.

Cateterismo Sovrapubico

Il cateterismo sovrapubico consiste nell'introduzione chirurgica di un catetere vescicale attraverso la parete addominale. Viene attuato quando il cateterismo uretrale è impossibile (stenosi grave, traumatismo del bacino). Il primo posizionamento è un atto medico da effettuarsi in ambiente ospedaliero.

Nella gestione infermieristica valutare:

- ▶ Presenza di dolore.
- ▶ Corretto funzionamento.
- ▶ Quantità e caratteristiche dell'urina raccolta.
- ▶ Punto di inserzione: sanguinamenti, secrezioni, irritazioni, segni di infezione.

- ▶ **Medicazione:** controllare quotidianamente e cambiare almeno due volte a settimana, con disinfezione del punto di inserzione.
- ▶ Il catetere va sostituito periodicamente in base alle condizioni cliniche e alle indicazioni del produttore.

18. Complicanze Correlate al Cateterismo Vescicale a Permanenza

Infezioni delle Vie Urinarie (IVU)

Le IVU rappresentano il 35-40% delle infezioni nosocomiali. La batteriuria asintomatica (colonizzazione del catetere in assenza di sintomi) NON pone indicazione alla terapia antibiotica.

Patogenesi — Principali vie di ingresso

- Introduzione e trasporto dei microrganismi dall'uretra alla vescica al momento dell'impianto.
- **Via extra luminale:** film mucoso tra catetere e uretra (microrganismi endogeni, da apparato gastrointestinale).
- **Via intra luminale:** migrazione microbica all'interno del catetere dopo contaminazione del sistema (microrganismi esogeni).
- Risalita in vescica dei microrganismi che colonizzano l'uretra dopo la rimozione.

Fattori di rischio

- Genere femminile (minor lunghezza dell'uretra).
- Età avanzata.
- Condizioni generali (diabete, immunodepressione).
- Traumi e lesioni alla mucosa uretrale e vescicale.
- Durata della cateterizzazione (rischio giornaliero: 3-7%).

Diagnosi e Cenni di Terapia

La diagnosi di IVU è clinica. Nei pazienti portatori di catetere con segni locali è indicata l'urinocoltura. Se i sintomi sono sistemici: urinocoltura + due emocolture.

Trattamento: antibiotico indicato solo per IVU sintomatica, mai per batteriuria asintomatica. Con soli sintomi locali: 5-7 giorni. Con sintomi sistemici: terapia empirica immediata, 10-14 giorni. *E. coli* (55%) e *E. fecalis* (13%) sono i principali responsabili.

In presenza di IVU sintomatica: rimuovere o sostituire il catetere PRIMA di iniziare la terapia antibiotica. Questo aumenta la probabilità di guarigione.

Ostruzione del Catetere da Ematuria

In presenza di ematuria il catetere può facilmente ostruirsi per formazione di coaguli. È indispensabile l'utilizzo di un catetere a tre vie di Couvelaire (ampia apertura a becco di flauto sull'estremità prossimale). Per la procedura di lavaggio vescicale: vedere il paragrafo specifico.

Ostruzione del Catetere da Struvite

Le incrostazioni interessano generalmente i portatori di cateteri a lungo termine. Sono determinate dalla precipitazione di aggregati cristallini di fosfato di calcio o di magnesio (favorita da batteri ureasi-positivi come *Proteus mirabilis*).

Trattamento:

- Sostituzione più frequente del catetere (evidenza di ridotto flusso o sedimento nella sacca).
- Diluizione delle urine aumentando l'assunzione di liquidi (in assenza di controindicazioni cliniche).

Perdite di Urina

Il catetere può indurre lo stimolo a urinare o spasmi vescicali involontari con perdite di urina. Spiegare al paziente di non forzare la minzione per non aumentare il disagio. Trattamento: sostituzione del catetere con uno di calibro più piccolo.

Lesioni da Decubito

Nei pazienti maschi con catetere a lungo termine, la pressione sul meato uretrale (per tubo di drenaggio o sacca mal posizionati) può creare lesioni da decubito, nei casi gravi fino all'uretra peniena. Trattamento: presidi adeguati (catetere con calibro minore, diversa tipologia di sacche).

19. Educazione del Paziente e dei Caregiver

Il ruolo dell'infermiere rimane preminente nella fase dell'insegnamento/addestramento, dell'educazione sanitaria, nella prevenzione delle infezioni e nella supervisione della persona cateterizzata.

È fondamentale verificare, soprattutto nelle prime fasi, che il paziente o chi si prende cura di lui abbia appreso le corrette modalità di gestione del catetere vescicale.

Sostituzione del Catetere in Ambito Domiciliare

A domicilio la sostituzione viene effettuata da personale infermieristico dell'ADI o dal medico di medicina generale. Nei casi complessi: ambulatorialmente in ambiente ospedaliero.

L'infermiere deve contattare il MMG nei seguenti casi:

- ▶ **Urine torbide, ematiche o maleodoranti** (possibile segno di infezione).
- ▶ **Sintomi locali:** stranguria, pollachiuria, sensazione di incompleto svuotamento, dolore, tensione sovrapubica.
- ▶ **Sintomi sistemici:** febbre, dolore alla schiena/fianco (suggestivi di IVU).
- ▶ Sospetta ostruzione del catetere.
- ▶ Segni di flogosi o lesioni del meato uretrale.

In alcuni casi le complicanze più lievi (es. iniziale lesione da decubito) possono essere risolte con gli opportuni accorgimenti (sostituzione del catetere, corretto posizionamento della sacca). Anche in queste circostanze è buona pratica informare il MMG.

20. Bibliografia e Sitografia

Bibliografia

- ▀ CDC Atlanta, Guideline for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infection, 2009.
- ▀ Associazione Europea di Infermieri di Urologia, Catheterisation Indwelling catheters in adults urethral and suprapubic, 2012.
- ▀ Cooper, Alexander F.P.M., Sinha & Omar M.I., Policies for replacing long-term indwelling urinary catheters in adults. Cochrane Database, 2016.
- ▀ European Association of Urology, Guidelines on The Management of Urinary and Male Genital Tract Infections, 2018.
- ▀ Urinary tract infection catheter-associated: antimicrobial prescribing NICE Guidelines, May 2018.
- ▀ Società Italiana di Urologia, Raccomandazioni infezioni catetere correlate, 2015.
- ▀ SIU, Raccomandazioni in tema di diagnosi, trattamento e profilassi delle IVU, 2015.
- ▀ Carter E.J., Pouch S.M., Larson E.L., Common infection control practices in the emergency department. American Journal of Infection Control, 2014.
- ▀ Lam T.B.L., Types of indwelling urethral catheters for short-term catheterisation in hospital adults. Cochrane Database, 2014.
- ▀ Cunha M. et al., Effectiveness of cleaning or disinfecting the urinary meatus before urinary catheterization: a systematic review. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2013.
- ▀ Webster J. et al., Water or antiseptic for periurethral cleaning before urinary catheterization. American Journal of Infection Control, 2001.
- ▀ Taylor-Lillis-Lynn, Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica, 2018.
- ▀ Ruth F. Craven, Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica, 2019.
- ▀ Vallverdù Vidal M., Barcenilla Gaité F., Antiseptic urinary catheterization and maintenance of the bladder catheter, 2019.
- ▀ Protocollo di gestione del catetere vescicale. RSD "Ca' Luigi" – Arluno.
- ▀ Procedura operativa aziendale per il cateterismo vescicale. ASL Salerno.
- ▀ Inserimento e gestione del cateterismo vescicale. ASP Palermo.

Sitografia

- ▀ www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/la-gestione-del-catetere-vescicale-id8.htm
- ▀ www.nurse24.it/oss/operatore-socio-sanitario/svuotamento-sacca-raccolta-urine-con-catetere-a-circuito-chiuso.html

PROCEDURA PER IL LAVAGGIO DELLE MANI

CURE PULITE SONO CURE PIÙ SICURE

Igiene delle mani in ambito sanitario

INDICE

1. Premessa
2. Obiettivo
3. Ambito di applicazione
4. La trasmissione dei microrganismi attraverso le mani
5. I cinque momenti dell'igiene delle mani (OMS)
6. Raccomandazioni
7. Procedura — 7.1 Lavaggio sociale | 7.2 Lavaggio antisettico | 7.3 Lavaggio chirurgico
8. Corretto utilizzo dei guanti
9. Tabella delle Responsabilità
10. Monitoraggio
11. Allegati
12. Riferimenti

1. Premessa

Ogni anno in Italia il **6% dei pazienti** acquisisce un'infezione ospedaliera — circa 600-700 mila infezioni con costi elevatissimi ed un gran numero di decessi. Le buone pratiche comportamentali, come il lavaggio delle mani, contribuiscono notevolmente alla riduzione del fenomeno.

Nel 2006 l'OMS ha elaborato le linee guida sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria ed ha lanciato la campagna globale per la sicurezza del paziente. Il **05 maggio di ogni anno** si celebra la "Giornata mondiale per l'igiene delle mani" di sensibilizzazione sull'importanza di lavarsi le mani per prevenire infezioni.

L'efficacia dell'igiene delle mani dipenderà dal tipo di prodotto, dalla dose utilizzata, dal tempo dedicato alla procedura e dalla corretta asciugatura.

2. Obiettivo

Il documento ha lo scopo di modificare le abitudini degli operatori sanitari attraverso l'introduzione di buone pratiche comportamentali per la riduzione della trasmissione di microrganismi patogeni e del rischio di infezione correlata all'assistenza sanitaria a danno del personale sanitario, dei pazienti e dei visitatori.

La pratica del lavaggio delle mani deve essere favorita anche da parte di pazienti e visitatori.

3. Ambito di applicazione

La procedura si applica in tutti i contesti assistenziali ad alta o bassa intensità di cura: Presidi Ospedalieri, Poliambulatori Distrettuali, Dialisi, Centri Vaccinali, Centri di Salute Mentale, Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Assistenza Domiciliare, Consultori Familiari, Continuità Assistenziale, Medicina di Base, Pediatria di Base, Istituti Penitenziari ed ogni altra struttura assistenziale.

Tutti gli operatori sanitari e sociosanitari sono tenuti ad osservarla.

4. La trasmissione dei microrganismi attraverso le mani

La flora batterica presente sulle mani è classificabile in due categorie:

Flora residente

Formata da microrganismi residenti sulla superficie cutanea e sotto le cellule superficiali dello strato corneo (Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus hominis e altri stafilococchi coagulasi negativi, batteri corineformi e funghi). È più difficile da rimuovere.

Flora transitoria

Colonizza gli strati superficiali della cute ed è **più suscettibile di essere rimossa** mediante l'igiene quotidiana. I microrganismi transitori vengono acquisiti dagli operatori durante il contatto diretto con i pazienti o con superfici contaminate e sono i **microrganismi più frequentemente associati alle ICA**.

La diffusione dei microrganismi multi-resistenti agli antibiotici (MDRO) rende oltremodo cruciale l'igiene delle mani, atteso che la trasmissione di tali microrganismi avviene, principalmente, attraverso le mani degli operatori sanitari.

5. I cinque momenti dell'igiene delle mani

L'OMS ha stabilito cinque momenti in cui è necessario effettuare l'igiene delle mani:

1

Prima del contatto con il paziente

2

Prima di una manovra asettica

3

Dopo esposizione a un liquido biologico

4

Dopo il contatto con il paziente

5

Dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente

Momenti 1 e 2 — PRIMA

Proteggono il paziente dal rischio di trasmissione di microrganismi.

Momenti 3, 4 e 5 — DOPO

Prevengono il rischio di trasmissione microbica all'operatore, agli altri pazienti e all'ambiente.

6. Raccomandazioni

- I medici e gli infermieri devono tenere le unghie corte e ben curate, senza smalto e non devono indossare orologi o altri monili.
- La cute delle mani deve essere integra e non presentare ferite ed escoriazioni.
- La temperatura dell'acqua consigliata è di **37 °C** poiché a temperature inferiori si ha vasocostrizione; temperature superiori possono provocare irritazione cutanea.
- In caso di accidentale contatto con superfici non sterili durante il lavaggio, è indispensabile ripetere la procedura dall'inizio, allungando di 1 minuto il lavaggio della parte contaminata.
- Gli erogatori di antisettico devono essere a muro e provvisti di apposita leva per funzionamento a gomito.
- Mantenere le mani sempre ben idratate con l'uso di creme.
- Tossire/starnutire nella piega del gomito.
- **I guanti non sostituiscono** il lavaggio delle mani.
- I guanti contaminati utilizzati dall'operatore possono diventare un importante e spesso trascurato veicolo di diffusione dei microrganismi nell'ambiente.

7. Procedura

7.1 Lavaggio sociale delle mani

Scopo

Il lavaggio sociale prevede l'utilizzo di acqua e sapone o di **soluzione idroalcolica**, allontana fisicamente lo sporco e la maggior parte della flora transitoria della cute (fino al 90%). L'OMS raccomanda l'utilizzo preferenziale di prodotti idroalcolici nella maggior parte delle situazioni cliniche.

Fanno eccezione le situazioni in cui le mani sono visibilmente sporche, in caso di esposizione certa a patogeni sporigeni (es. *Clostridioides difficile*) e dopo l'uso dei servizi igienici.

Modalità operative — quando

- Ad inizio e fine turno
- Prima di procedure pulite e non invasive (es. misurazione PA)
- Prima e dopo la distribuzione degli alimenti
- Prima e dopo l'uso dei servizi igienici
- Prima e dopo il rifacimento dei letti
- Prima e dopo qualsiasi contatto con i pazienti
- Prima e dopo aver indossato i guanti
- Prima e dopo la somministrazione di terapie
- Dopo esposizione accidentale ad un liquido biologico
- Dopo aver tossito, starnutito, soffiato il naso, toccato i capelli
- Quando le mani sono visibilmente sporche

Tecnica di lavaggio con acqua e sapone — (durata 40–60 secondi)

- 1 Bagnare le mani con acqua
- 2 Applicare una quantità sufficiente di sapone tale da ricoprire la superficie della mano
- 3 Strofinare i palmi tra loro
- 4 Strofinare il palmo destro sul dorso sinistro intrecciando le dita e viceversa
- 5 Strofinare tra di loro i palmi incrociando le dita
- 6 Frizionare i dorsi delle dita ai palmi opposti con le dita intrecciate
- 7 Eseguire un movimento rotatorio con il palmo destro chiuso sul pollice sinistro e viceversa
- 8 Ruotare la punta delle dita chiuse sul palmo della mano sinistra e viceversa
- 9 Sciacquare le mani con acqua

- 10 Asciugarle attentamente con una salvietta monouso (tamponare, senza strofinare)
- 11 Usare la salvietta per chiudere il rubinetto

Tecnica di frizionamento con soluzione idroalcolica — (durata 20–30 secondi)

- 1 Applicare una quantità sufficiente di soluzione a ricoprire la superficie di una mano
- 2 Strofinare i palmi tra loro
- 3 Strofinare il palmo destro sul dorso sinistro intrecciando le dita e viceversa
- 4 Strofinare tra di loro i palmi incrociando le dita
- 5 Frizionare i dorsi delle dita ai palmi opposti con le dita intrecciate
- 6 Eseguire un movimento rotatorio con il palmo destro chiuso sul pollice sinistro e viceversa
- 7 Ruotare la punta delle dita chiuse sul palmo della mano sinistra e viceversa

Non usare il lavaggio antisettico in concomitanza al frizionamento alcolico. Dopo numerose frizioni idroalcoliche consecutive, le mani dovrebbero essere lavate con acqua e detergente.

7.2 Lavaggio antisettico delle mani

Scopo

- Prevenire le infezioni ospedaliere.
- Distruggere rapidamente tutta la flora occasionale e ridurre la carica microbica della flora residente.

Modalità operative — quando

- Prima e dopo procedure invasive (es. inserimento di catetere vescicale) o da eseguirsi in asepsi
- In occasione di tecniche che richiedano l'utilizzo di guanti sterili
- Prima di assistere pazienti immunodepressi
- Dopo il contatto con pazienti infetti o colonizzati da MDRO
- Dopo l'esecuzione di medicazioni infette
- Dopo contatto con ferite, materiale biologico o contaminato anche se si sono indossati i guanti
- Tra un paziente e l'altro
- Sullo stesso paziente tra una procedura e l'altra su siti anatomici diversi

Materiale

Detergente antisettico iodopovidone al 7,5% in soluzione saponosa o clorexidina al 4%.

Come eseguire il lavaggio antisettico — (durata circa 90 secondi)

- 1 Bagnare mani e polsi con acqua corrente
- 2 Applicare uniformemente 5 ml di soluzione antisettica con detergente
- 3 Frizionare accuratamente unghie, dita, palmi e dorsi delle mani, polsi e parte degli avambracci per almeno 1 minuto
- 4 Sciacquare accuratamente sotto l'acqua corrente
- 5 Asciugare con salviette monouso (tamponando)
- 6 Se non c'è rubinetto a gomito o pedale, chiudere il rubinetto con la salvietta

7.3 Lavaggio chirurgico delle mani

Scopo

- Prevenire le infezioni ospedaliere.
- Rimuovere lo sporco e la flora transitoria da unghie, mani e avambracci.
- Ridurre al minimo la flora residente.
- Inibire la crescita dei microrganismi sotto i guanti.

Applicabilità

La corretta esecuzione della procedura è applicata da tutta l'équipe chirurgica prima di interventi chirurgici e va ripetuta in caso di rottura dei guanti. Sono richiesti dai 3 ai 5 minuti.

Scrub chirurgico con sapone medicato — Materiale

Detergente antisettico iodio povidone o clorexidina. Telini sterili monouso o salviette comprese nel kit del camice sterile.

Come eseguire lo scrub chirurgico

- 1 Bagnare uniformemente mani e avambracci fino a 2 dita al di sopra della piega dei gomiti — tenere le mani più alte rispetto ai gomiti
- 2 Distribuire uniformemente 5 ml di soluzione antisettica, premendo la leva del dispenser con il gomito
- 3 Strofinare accuratamente per 2 minuti ogni lato di ogni dito, tra le dita, palmo e dorso di entrambe le mani
- 4 Lavare ciascun lato del braccio dal polso al gomito per 1 minuto
- 5 Risciacquare per 1 minuto prima le mani e dopo gli avambracci, avendo cura di tenere le mani al disopra del livello dei gomiti
- 6 Risciacquare facendoli passare sotto il getto dell'acqua in una sola direzione, dalla punta delle dita ai gomiti
- 7 Asciugare tamponando (non strofinando) con un panno sterile: prima ogni dito, quindi la mano, e da ultimo l'avambraccio con movimento circolare, senza ripassare dall'avambraccio alle mani

Scrub chirurgico con preparazione a base alcolica — (durata totale 60 secondi × 2 ripetizioni)

Consiste nell'antisepsi delle mani mediante frizione con gel idroalcolico all'85%, preferibilmente ad attività prolungata, da eseguire nell'area lavaggio della zona filtro.

- 1 Versare circa 5 ml di soluzione idroalcolica sul palmo della mano sinistra, utilizzando il gomito dell'altro braccio per azionare l'erogatore
- 2 Immergere la punta delle dita della mano destra nella soluzione per disinfettare la zona subungueale (5 secondi)
- 3 Distribuire uniformemente il prodotto sull'intera superficie dell'avambraccio destro, eseguendo movimenti circolari, fino alla completa evaporazione (10-15 secondi)
- 4 Ripetere gli step precedenti sul lato sinistro
- 5 Versare circa 5 ml di soluzione idroalcolica nel palmo della mano sinistra
- 6 Distribuire uniformemente il prodotto sulle mani e sui polsi, ponendo particolare attenzione agli spazi interdigitali ed alla zona periungueale
- 7 Strofinare i palmi tra loro, poi palmo destro sul dorso sinistro intrecciando le dita e viceversa, poi palmi incrociati, poi dorsi sulle dita ai palmi opposti, poi movimento rotatorio sui pollici
- 8 Una volta che mani e avambracci saranno completamente asciutti, indossare camice e guanti sterili

Non utilizzare in sequenza il lavaggio chirurgico con sapone antisettico e la frizione alcolica.

8. Corretto utilizzo dei guanti

I guanti vanno indossati come precauzione standard in tutte le occasioni in cui può verificarsi un contatto con sangue o altro materiale potenzialmente infetto. **In nessuna circostanza l'uso dei guanti sostituisce l'igiene delle mani.**

L'utilizzo dei guanti consente di proteggere l'operatore dal rischio biologico e infettivo e dal rischio chimico/fisico. In tutte le circostanze in cui non si sia esposti a questi rischi, l'utilizzo dei guanti è tassativamente da evitare.

Il corretto utilizzo dei guanti implica la rimozione e sostituzione quando si passa, durante l'assistenza, da una parte del corpo contaminata a una pulita dello stesso paziente. I guanti non possono essere riutilizzati.

A GUANTI STERILI Procedure chirurgiche, accesso vascolare, parto.	O GUANTI PULITI Contatto con sangue, fluidi corporei, mucose, cute non integra, MDR.	MANO GUANTI NON NECESSARI Misurazione PA, medicazioni con cute integra, attività non in contatto con fluidi.
---	--	--

9. Tabella delle Responsabilità

AZIONE	RESPONSABILITÀ
Diffusione della procedura	Direttore Medico di Presidio / Direttore Distretto Sanitario / Direttore Dipartimento / Coordinatore Istituti Penitenziari
Diffusione della procedura ed informazione del personale	Direttore/Responsabile della Struttura
Controllo sulla applicazione della procedura	Direttore Medico di Presidio / Direttore Distretto / Direttore Dipartimento / Coordinatore Istituti Penitenziari / Direttore Struttura / Coordinatore Infermieristico
Applicazione della procedura	Tutti gli Operatori Sanitari e Sociosanitari

10. Monitoraggio

Il monitoraggio dell'implementazione della corretta igiene delle mani è fondamentale per identificare eventuali criticità, attuare azioni di miglioramento e alimentare la cultura della sicurezza.

Il livello di adesione alla procedura può essere monitorato attraverso la misurazione del consumo di soluzione idroalcolica. L'unità di grandezza proposta dall'OMS è **"Litri di soluzione idroalcolica consumati per 1000 giornate di degenza ordinaria (CSIA/1000 GDO)"**.

Standard OMS di riferimento: consumo medio ≥ 20 litri di CSIA/1000 GDO e almeno una percentuale di adesione all'igiene delle mani $\geq 75\%$.

Viene introdotto l'utilizzo di un **Questionario di Autovalutazione** per il lavaggio sociale delle mani (Allegato 1) che dovrà essere compilato dal 30% del personale operante nelle Unità Operative, selezionato a campione mensilmente dal Responsabile dell'U.O./Coordinatore Infermieristico.

Sarà cura del Responsabile dell'U.O./Coordinatore Infermieristico inviare trimestralmente alla Direzione Medica di Presidio le schede di monitoraggio unitamente ai report estratti.

11. Allegati

- Questionario di Autovalutazione lavaggio sociale delle mani — Allegato 1
- Questionario di Valutazione lavaggio antisettico delle mani — Allegato 2

12. Riferimenti

- DCA n. 23 del 04-02-2025 "Approvazione Linee d'indirizzo su igiene delle mani ed utilizzo dei disinfettanti idroalcolici — Regione Calabria"
- Delibera C.S. ASP Reggio Calabria n. 184 del 25-03-2014 "Approvazione Buone Pratiche per la prevenzione dell'infortunio da rischio biologico in ambiente ospedaliero"
- Delibera D.G. ASP Reggio Calabria n. 146/2025 "Procedura operativa per il corretto utilizzo dei guanti"
- D.M. 28-09-1990 "Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private"
- Linee guida OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria
- Circolare n. 52 Ministero della Sanità 20.12.85: "lotta contro le infezioni ospedaliere"
- Circolare n. 8 Ministero della Sanità 30.1.88: "lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza"
- Delibera D.G. ASP Reggio Calabria n. 146/2025 "Presa atto ed adozione procedure per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza"
- Centers for Disease Control: guida per la prevenzione e il controllo delle infezioni ospedaliere
- Ministero della Sanità, Commissione per la lotta contro l'AIDS: "Linee guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo dell'infezione da HIV"
- Regione Lazio "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani" — 2021
- www.quotidianosanità.it | www.epicentro.iss.it

ALLEGATO 2

Possibili indicatori regionali di monitoraggio della qualità del sistema di segnalazione:

SCHEDA SINOTTICA DI VALUTAZIONE				
INDICATORI DI QUALITA' DELLE PROCEDURE AZIENDALI DI SEGNALEZIONE E GESTIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA				
Tipologia Evento Sentinella (ES)	N.	Data Evento	Data compilaz. Scheda	Data Trasm. Scheda A
Identificativo NSIS-SIMES ES n.	Cod. Identific. interno			Data Trasm. Scheda B
SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA COMUNICATI DALLE AZIENDE SANITARIE (SCHEDA A)				
Indicatore	Tempestività di trasmissione scheda A			
Trasmessa entro 10 giorni dall'avvenuta conoscenza	SI	NO	note	
Indicatore	Correttezza/Completezza della compilazione			
Tutti i campi obbligatori completati (Anagrafica, Ref compilatore, Flag Lista Evento, Data, Ora, Anno nascita, sesso, Esito, Disciplina e luogo)	Anagrafica	Data	Sesso	note
	Referente compilatore	Ora	Esito	
	Flag TIPO Evento	Anno nascita	Disciplina Luogo	
Indicatore	Dati descrittivi dell'evento			
Descrizione dell'evento		NO	note	
ANALISI DELLE CAUSE E DEI FATTORI CONTRIBUENTI E PIANO D'AZIONE COMUNICATI DALLE AZIENDE SANITARIE (SCHEDA B)				
Indicatore	Tempestività di trasmissione scheda B			
Scheda B trasmessa entro 60 giorni dall'avvenuta conoscenza		NO	note	
Indicatore	Correttezza/Completezza scheda B			
Descrizione dell'evento		NO	note	
Scheda con almeno un fattore contribuente/causa individuato		NO	note	
Scheda con più fattori contribuenti/causa individuati		NO	note	
Indicatore	Analisi dell'evento e metodologia di indagine			
Evento valutato con RCA		NO	note	
Evento valutato con SE-AUDIT	SI	NO	note	
Evento valutato con altro metodo di analisi	SI	NO	note	
Indicatore	Piani di Azione e miglioramento			
Scheda con almeno una proposta di azioni di miglioramento		NO	note	
Presenza di almeno un piano di miglioramento coerente	SI	NO	note	
Indicatore	Misurazione della coerenza tra causa evento e azioni di miglioramento			
Grado di coerenza/congruenza dei piani di miglioramento adottati relativamente alle cause e ai fattori contribuenti rilevati	Completamente		parzialmente	insufficientemente
Definizione grado di coerenza *****	Fattori contrib. N.		Azioni Miglioram. N.	
OSSERVAZIONI E PROPOSTE AZIONI MIGLIORAMENTO				

SCHEDA SEGNALAZIONE
CADUTA PAZIENTI

(Sezione riservata al personale Infermieristico)

Cod. SSC_INF
Pagina di
Rev. 0 del 25-10-1

Nome	Cognome
Data di nascita	N. Cartella Clinica
Data evento	Ora evento
Scheda valutazione rischio caduta	☐ Presente ☐ Assente
Adozioni accorgimenti prevenzione rischio caduta	☐ Si ☐ No
Se si specificare	
Testimoni presenti alla caduta	☐ nessuno ☐ pazienti ☐ pers. sanitario ☐ familiari
	☐ altri
Il paziente è in grado di fornire descrizione della caduta	☐ si ☐ no ☐ non ricorda ☐ confuso
Luogo della caduta	☐ corridoio ☐ letto ☐ bagno ☐ stanza
	☐ spazi esterni ☐ scale ☐ altro:
Tipo di calzatura	☐ chiuse ☐ aperte ☐ calzini ☐ piedi nudi
Meccanismo della caduta	Dinamica dell'evento e/o attività che la persona stava svolgendo
☐ Inciampamento	☐ camminava o verso/dal bagno ☐ in stanza ☐ in corridoio
☐ Scivolamento	☐ scendeva da letto/saliva
☐ Perdita di forza/cedimento	☐ si stava alzando/sedendo dalla sedia/poltrona/carrozzina
☐ Perdita di equilibrio	☐ stava utilizzando la toilette
☐ Perdita di coscienza	☐ stava effettuando l'igiene personale
☐ Capogiro/svenimento	☐ si stava vestendo/svestendo
☐ Non rilevabile	☐ stava raggiungendo un oggetto
	☐ stava raggiungendo il campanello di chiamata
	☐ stava dormendo e/o cambiando posizione a letto
	☐ aspettava in barella ☐ Non rilevabile

Data _____

Firma Infermiere _____

Compilare la scheda di segnalazione cadute in originale e in 1 copia:

- l'originale va inserita in Cartella Clinica;
- la copia va inviata Direzione Sanitaria.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA DEI PAZIENTI

SCHEDA DI CONLEY

Prevede tre domande da fare al paziente e tre valutazioni dell'operatore sanitario. Se il paziente presenta gravi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere, le domande possono essere rivolte al familiare/accompagnatore. La risposta "non so" va considerata come risposta negativa.

DOMANDE		Data				Data				Data	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
E' caduto negli ultimi tre mesi?	2	0	2	0	2	0					
Ha mai avuto vertigini o capogiri?	1	0	1	0	1	0					
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0					
VALUTAZIONE											
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile	1	0	1	0	1	0					
Agitato	2	0	2	0	2	0					
Deterioramento della capacità di giudizio/mancaza del senso del pericolo	3	0	3	0	3	0					
TOTALE											

Se l'Indice di Conley ≥ 2 paziente a rischio caduta. In tal caso si procede con la seconda parte.

PRIMA VALUTAZIONE: alla presa in carico del paziente

	Data			Data			Data		
ASSUME PIU DI 4 FARMACI	SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐
DEBOLEZZA ALLE ANCHE	SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐
EQUILIBRIO INSTABILE	SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐	SI ☐		NO ☐

Se si è risposto SI ad almeno una variabile, proseguire con la compilazione della scheda, altrimenti rivalutare successivamente (72 h). Rivalutare immediatamente se cambiano alcune condizioni come: 1) alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza 2) variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta.

Data _____

Firma _____

Firma _____

**Scala di Valutazione dello Stato Mentale TEST DI
PFEIFFER
Short portable mental status questionnaire (SPMSQ)**

SI NO

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno) | ☐ | ☐ |
| 2. Che giorno della settimana..... | ☐ | ☐ |
| 3. Qual è il nome di questo posto | ☐ | ☐ |
| 4. Qual è il suo numero di telefono..... | ☐ | ☐ |
| 4a. Qual è il suo indirizzo..... | ☐ | ☐ |
| 5. Quanti anni ha | ☐ | ☐ |
| 6. Quando è nato | ☐ | ☐ |
| 7. Chi è il Presidente della Repubblica..... | ☐ | ☐ |
| 8. Chi è il Papa attuale | ☐ | ☐ |
| 9. Quale era il cognome di sua madre da ragazza..... | ☐ | ☐ |
| 10. Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo..... | ☐ | ☐ |

Numero Totale errori ____/10 **Punteggio**
Corretto ____/10

I dati sono stati raccolti tramite colloqui effettuati

Luogo _____ Il _____ Durata _____

Data _____ Ruolo/ Firma Operatore _____

GUIDA ALLA COMPILAZIONE Test di PFEIFFER

Modalità di compilazione

Chiedere le domande da 1 a 10 e registrare le risposte

Chiedere la domanda 4a. soltanto se il paziente non ha telefono. Registrare il numero totale di errori basato sulle 10 domande;

quindi:

- sottrarre un errore se la persona ha frequentato soltanto la scuola elementare;
- aggiungere un errore se la persona ha frequentato scuole oltre le medie superiori.

Lettura dei risultati

0-2 errori: funzioni intellettuali intatte

3-4 errori: lieve deterioramento delle funzioni intellettive

5-7 errori: moderato deterioramento delle funzioni intellettive

8-10 errori: severo deterioramento delle funzioni intellettive

SCHEDA DI MOBILIZZAZIONE

Giorno	ore 8	ore 10	ore 12	ore 14	ore 16	ore 18	ore 20	ore 22	N.B.: Ad ogni cambiamento di postura registrare nella casella l' acronimo corrispondente con la sigla dell' Operatore
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

Tipologie di posture

Decubito Laterale Destro	LD	Decubito Prono	PR	<u>Evitare l'appoggio su cute già lesa.</u>
Decubito Laterale Sinistro	LS	Posizione Semiseduta	SS	Le posizioni: seduta, laterale destra e sinistra sono da evitare o da mantenere per tempi molto ristretti, la posizione prona è poco tollerata soprattutto nell'anziano.
Decubito Obliquo Destro	OD	Posizione Seduta	SED	
Decubito Obliquo Sinistro	OS	Carrozzina	C	
Decubito Supino	SUP	Deambulazione	D	

SCHEDA NOTIFICA E TRATTAMENTO LESIONI DA DECUBITO

INDICE DI STOTTS

LESIONE ALLA PRESA IN CARICO ☐ SI ☐ NO **LESIONE NOTIFICATA IN DATA** _____

☐ **I STADIO**

Eritema cutaneo che non scompare alla digitopressione (cute integra)

Data _____

SEDE E CARATTERISTICHE

LESIONI

- a) asciutta
- b) essudata
- c) rossa
- d) Gialla
- e) Nera
- f) Verde

☐ **II STADIO**

Soluzione di continuo dell'epidermide e/o derma con perdita parziale di struttura cutanea

Data _____

SEDE E CARATTERISTICHE

Bordi della LDD

- g) Lineari
- h) Macerati
- i) Necrotici
- j) Infetti

☐ **III STADIO**

Ferita a tutto spessore

Data _____

SEDE E CARATTERISTICHE

Cute perilesionale

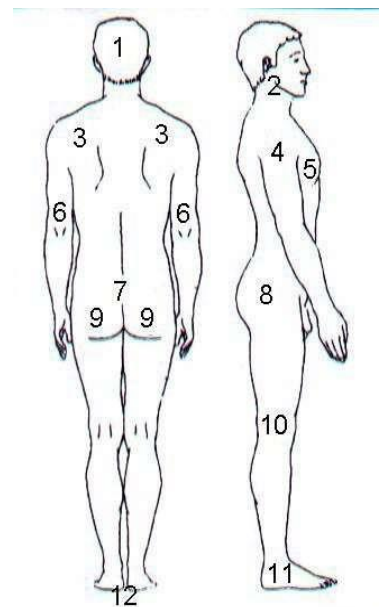
- m) integra
- n) macerata
- o) arrossata
- p) altro

☐ **IV STADIO**

Ulcera a tutto spessore con interessamento muscolare fino alle strutture ossee

Data _____

SEDE E CARATTERISTICHE



NOTE SULLA LESIONE

Data _____

Firma _____

BARTHEL INDEX: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

ATTIVITA'	Punteggio Ing.	Punteggio Dim.
Alimentazione 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente		
Fare il bagno 0= dipendente 5= indipendente		
Igiene personale 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)		
Vestirsi 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni		
Controllo del retto 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
Controllo della vescica 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
Trasferimenti nel bagno 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della padella		
Trasferimenti sedia/letto 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10= minima assistenza e supervisione 15= indipendente		
Deambulazione 0= immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10= necessita di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello		
Salire le scale 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, può usare ausili		
TOTALE (0 – 100)		

Legenda: 0-20 Disabilità Totale 21-60 Disabilità Severa 61-90 Disabilità Moderata 91-99 Disabilità Minima
 100 Indipendenza

Nota: La persona che rifiuta di eseguire una funzione deve essere considerata dipendente di quella funzione

Data _____

Firma _____

SCALA DI VALUTAZIONE DELL'EQUILIBRIO E DELL'ANDATURA
SCALA TINETTI

EQUILIBRIO			
1	Equilibrio da seduto	Si inclina o scivola dalla sedia È stabile, sicuro	0 1
2	Alzarsi dalla sedia	È incapace senza aiuto Deve aiutarsi con le braccia Si alza senza aiutarsi con le braccia	0 1 2
3	Tentativo di alzarsi	È incapace senza aiuto Capace ma richiede più di un tentativo Capace al primo tentativo	0 1 2
4	Equilibrio stazione eretta	Instabile (vacilla, muove i piedi, oscilla il tronco) Stabile grazie all'ausilio di un bastone o altri ausili Stabile senza ausili per il cammino	0 1 2
5	Equilibrio stazione eretta prolungata	Instabile (vacilla, muove i piedi, oscilla il tronco) Stabile ma a base larga (malleoli mediali dist. > 10 cm) Stabile a base stretta senza supporti	0 1 2
6	Romberg	Instabile Stabile	0 1
7	Romberg sensibilizzato	Incomincia a cadere Oscilla ma si riprende da solo Stabile	0 1 2
8	Girarsi di 360°	A passi discontinui A passi continui Instabile (si aggrappa, oscilla) Stabile	0 1 2 3
9	Sedersi	Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) Usa le braccia o ha un movimento discontinuo Sicuro, movimenti continui	0 1 2
		<u>TOTALE</u>	<u> </u> / 16

Modello Di Adattamento E Tolleranza Allo Stress

SCALA DEL SOVRACCARICO DEL CAREGIVER DI ZARIT	MAI (0)	QUASI MAI (1)	A VOLTE (2)	SPESSE (3)	QUASI SEMPRE (4)
Il suo familiare chiede più aiuto di quanto gli è necessario?					
Il tempo dedicato al suo familiare non le consente di averne a sufficienza per se stesso?					
È teso se deve prendersi cura del suo familiare e di altre responsabilità contemporaneamente?					
Si vergogna dell'atteggiamento del suo familiare?					
Si sente irritato quando deve stare accanto al suo familiare?					
L'attuale situazione influisce negativamente nei rapporti con amici ed altri familiari?					
Sente timore per il futuro che aspetta la sua famiglia?					
Sente che il suo familiare dipende da lei?					
Si sente esaurito quando deve rimanere con il suo familiare?					
Crede che la cura del suo familiare abbia influito negativamente sulla sua salute?					
Crede che occuparsi del suo familiare le impedisca di avere una vita privata?					
Crede che la cura del suo familiare abbia influito negativamente sulle sue relazioni sociali?					
A causa del suo familiare non si sente libero di invitare a casa sua degli amici? (Solo se l'intervistato abita con il paziente)					
Il suo familiare conta solo su di lei e pensa che sia l'unica persona in grado di assisterlo?					
Crede di non poter affrontare il carico economico della cura del suo familiare oltre al resto della spesa?					
Crede di non essere in grado di occuparsi del suo familiare per ancora molto tempo?					
Ha perso il controllo della sua vita privata da quando è insortita la malattia del suo familiare?					
Desidererebbe poter delegare la cura del suo familiare ad altri?					
Si sente insicuro su ciò che deve fare per il suo familiare?					
Crede di dover fare di più per il suo familiare?					
Crede di poter occuparsi del suo familiare in modo migliore di quello che sta già facendo?					
Si sente eccessivamente caricato per quello che riguarda la cura del suo familiare?					
Totale di ogni colonna					
		Totale globale			
<= 46 no sovraccarico		47 – 55 sovraccarico leggero		>55 sovraccarico intenso	

Modello Di Adattamento E Tolleranza Allo Stress

Capacità di far fronte allo stress della malattia (capacità di coping)	☐ nessuna ☐ scarsa ☐ sufficiente ☐ buona ☐ ottima
Coping inefficace per	☐ alterazioni fisiche e/o psichiche ☐ gestione complessa dell'autocura ☐ sistema di sostegno inadeguato



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

CONSENSO INFORMATO ALLE PRESTAZIONI

Il/La Sottoscritto/a Dott/Dott.ssa _____, iscritto/a all'Ordine _____
della Provincia di _____ con il n. _____, prima di svolgere la propria opera professionale
a favore del Sig/Sig.ra _____, in qualità di
_____ (specificare se diverso dal paziente ; coniuge, figlio, genitore,
caregiver, familiare, altro), lo/la informa di quanto segue:

- La prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nel

(aggiungere una descrizione quanto più completa e dettagliata dell'intervento che il sanitario si appresta a compiere) ed è finalizzata a _____ (aggiungere le finalità dell'intervento ad es. interventi infermieristici, di prevenzione, di diagnosi, attività di abilitazione-riabilitazione, sostegno in ambito psicologico, etc.);

- A tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della Legge 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione- riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso , gli strumenti principali di intervento saranno (aggiungere l'indicazione degli strumenti che sicuramente saranno utilizzati);
- In alcuni casi l'intervento attuato potrebbe non produrre gli effetti desiderati dal paziente. In tal caso sarà cura del sanitario informare adeguatamente il paziente o chi autorizzato e valutare se proporre un nuovo percorso di intervento;
- Le prestazioni verranno rese presso l'abitazione del paziente sita in Via _____;
- La durata dell'intervento è di _____ e si articolerà per n. giorni _____;
- In qualsiasi momento il paziente o chi autorizzato potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e all'Ambito distrettuale di appartenenza;
- Il sanitario è tenuto al rispetto del Codice Deontologico che impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla legge.

Il Sig./ La Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____ mail _____

In qualità di _____ (specificare se diverso dal paziente ; coniuge, figlio, genitore, caregiver, familiare, altro) **DICHIARA** di aver compreso i termini dell'intervento come sopradescritti e di accettare l'intervento concordato con il Dott/la Dott.ssa _____

Data _____

Firma _____



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Amphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.

Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

**SCHEDA SEGNALAZIONE
CADUTA PAZIENTI**
(Sezione riservata al personale Medico)

Tutte le cadute devono essere segnalate, indipendentemente dal fatto che abbiano causato o meno un danno paziente.

Nome		Cognome	
Data di nascita		N. Cartella Clinica	
Conseguenze visibili della caduta		☐ Con danno	☐ Senza danno
Sede del danno			
Tipo del danno			
☐ Escoriazione	☐ Contusione	☐ Ematoma	☐ Ferita
☐ Altro			
Note			

Data _____**Firma Medico** _____

Compilare la scheda di segnalazione cadute in originale e in 1 copia:

- l'originale va inserita in Cartella Clinica;
- la copia va inviata Direzione Sanitaria.

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA DEI PAZIENTI

SCHEDA DI CONLEY

Prevede tre domande da fare al paziente e tre valutazioni dell'operatore sanitario. Se il paziente presenta gravi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere, le domande possono essere rivolte al familiare/accompagnatore. La risposta "non so" va considerata come risposta negativa.

DOMANDE		Data				Data				Data	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO					
E' caduto negli ultimi tre mesi?	2	0	2	0	2	0					
Ha mai avuto vertigini o capogiri?	1	0	1	0	1	0					
Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (ultimi tre mesi)	1	0	1	0	1	0					
VALUTAZIONE											
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile	1	0	1	0	1	0					
Agitato	2	0	2	0	2	0					
Deterioramento della capacità di giudizio/mancaza del senso del pericolo	3	0	3	0	3	0					
TOTALE											

Se l'Indice di Conley ≥ 2 paziente a rischio caduta. In tal caso si procede con la seconda parte.

PRIMA VALUTAZIONE: alla presa in carico del paziente

	Data	Data	Data
ASSUME PIU DI 4 FARMACI	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
DEBOLEZZA ALLE ANCHE	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐
EQUILIBRIO INSTABILE	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐

Se si è risposto SI ad almeno una variabile, proseguire con la compilazione della scheda, altrimenti rivalutare successivamente (72 h). Rivalutare immediatamente se cambiano alcune condizioni come: 1) alterazioni significative dello stato di salute durante la degenza 2) variazione di terapia comprendente farmaci che possono porre il paziente a maggiore rischio di caduta.

Data _____

Firma _____



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

SCHEDA SEGNALEZIONE DEL DOLORE

COGNOME E NOME			DATA DI NASCITA			
			CC n.			
DATA	ORA	Firma INFERMIERE				
INTENSITA' ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩						
SEDE TIPO						
DATA	ORA	Firma INFERMIERE				
INTENSITA' ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩						
SEDE TIPO						
DATA	ORA	Firma INFERMIERE				
INTENSITA' ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩						
SEDE TIPO						
DATA	ORA	Firma INFERMIERE				
INTENSITA' ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩						
SEDE TIPO						
DATA	ORA	Firma INFERMIERE				
INTENSITA' ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩						
SEDE TIPO						

Data _____

Firma _____

**Scala di Valutazione dello Stato Mentale TEST DI
PFEIFFER
Short portable mental status questionnaire (SPMSQ)**

SI NO

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Qual è la data di oggi (giorno, mese, anno) | ☐ | ☐ |
| 2. Che giorno della settimana..... | ☐ | ☐ |
| 3. Qual è il nome di questo posto | ☐ | ☐ |
| 4. Qual è il suo numero di telefono..... | ☐ | ☐ |
| 4a. Qual è il suo indirizzo..... | ☐ | ☐ |
| 5. Quanti anni ha | ☐ | ☐ |
| 6. Quando è nato | ☐ | ☐ |
| 7. Chi è il Presidente della Repubblica..... | ☐ | ☐ |
| 8. Chi è il Papa attuale | ☐ | ☐ |
| 9. Quale era il cognome di sua madre da ragazza..... | ☐ | ☐ |
| 10. Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo..... | ☐ | ☐ |

Numero Totale errori ____/10 **Punteggio**
Corretto ____/10

I dati sono stati raccolti tramite colloqui effettuati

Luogo _____ Il _____ Durata _____

Data _____ Ruolo/ Firma Operatore _____

GUIDA ALLA COMPILAZIONE Test di PFEIFFER

Modalità di compilazione

Chiedere le domande da 1 a 10 e registrare le risposte

Chiedere la domanda 4a. soltanto se il paziente non ha telefono. Registrare il numero totale di errori basato sulle 10 domande;

quindi:

- sottrarre un errore se la persona ha frequentato soltanto la scuola elementare;
- aggiungere un errore se la persona ha frequentato scuole oltre medie superiori.

Lettura dei risultati

0-2 errori: funzioni intellettuali intatte

3-4 errori: lieve deterioramento delle funzioni intellettive

5-7 errori: moderato deterioramento delle funzioni intellettive

8-10 errori: severo deterioramento delle funzioni intellettive

SCHEDA DI MOBILIZZAZIONE

Giorno	ore 8	ore 10	ore 12	ore 14	ore 16	ore 18	ore 20	ore 22	N.B.: Ad ogni cambiamento di postura registrare nella casella l' acronimo corrispondente con la sigla dell' Operatore
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

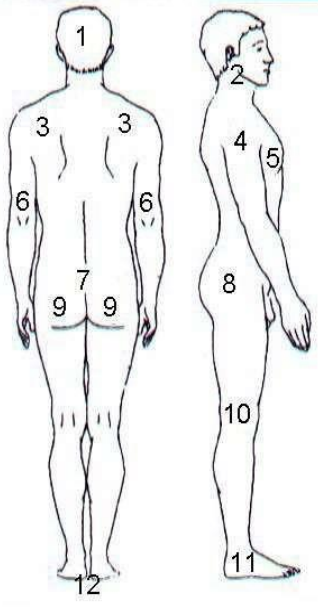
Tipologie di posture

Decubito Laterale Destro	LD	Decubito Prono	PR	<u>Evitare l'appoggio su cute già lesa.</u>
Decubito Laterale Sinistro	LS	Posizione Semiseduta	SS	Le posizioni: seduta, laterale destra e sinistra sono da evitare o da mantenere per tempi molto ristretti, la posizione prona è poco tollerata soprattutto nell'anziano.
Decubito Obliquo Destro	OD	Posizione Seduta	SED	
Decubito Obliquo Sinistro	OS	Carrozzina	C	
Decubito Supino	SUP	Deambulazione	D	

SCHEDA NOTIFICA E TRATTAMENTO LESIONI DA DECUBITO

INDICE DI STOTTS

LESIONE ALLA PRESA IN CARICO ☐ SI ☐ NO **LESIONE NOTIFICATA IN DATA** _____

☐ I STADIO Eritema cutaneo che non scompare alla digitopressione (cute integra) Data _____	SEDE E CARATTERISTICHE _____ _____ _____ _____	LESIONI a) asciutta b) essudata c) rossa d) Gialla e) Nera f) Verde	
☐ II STADIO Soluzione di continuo dell'epidermide e/o derma con perdita parziale di struttura cutanea Data _____	SEDE E CARATTERISTICHE _____ _____ _____ _____	Bordi della LDD g) Lineari h) Macerati i) Necrotici j) Infetti	
☐ III STADIO Ferita a tutto spessore Data _____	SEDE E CARATTERISTICHE _____ _____ _____ _____	Cute perilesionale m) integra n) macerata o) arrossata p) altro _____ _____ _____	
☐ IV STADIO Ulcera a tutto spessore con interessamento muscolare fino alle strutture ossee Data _____	SEDE E CARATTERISTICHE _____ _____ _____ _____		

NOTE SULLA LESIONE

Data _____

Firma _____



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.

Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com

BARTHEL INDEX: VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

ATTIVITA'	Punteggio Ing.	Punteggio Dim.
Alimentazione 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente		
Fare il bagno 0= dipendente 5= indipendente		
Igiene personale 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)		
Vestirsi 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni		
Controllo del retto 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
Controllo della vescica 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
Trasferimenti nel bagno 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della padella		
Trasferimenti sedia/letto 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10= minima assistenza e supervisione 15= indipendente		
Deambulazione 0= immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10= necessita di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello		
Salire le scale 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, può usare ausili		
TOTALE (0 – 100)		

Legenda: 0-20 Disabilità Totale 21-60 Disabilità Severa 61-90 Disabilità Moderata 91-99 Disabilità Minima
100 Indipendenza

Nota: La persona che rifiuta di eseguire una funzione deve essere considerata dipendente di quella funzione

Data _____

Firma _____

SCALA DI VALUTAZIONE DELL'EQUILIBRIO E DELL'ANDATURA
SCALA TINETTI

EQUILIBRIO			
1	Equilibrio da seduto	Si inclina o scivola dalla sedia È stabile, sicuro	0 1
2	Alzarsi dalla sedia	È incapace senza aiuto Deve aiutarsi con le braccia Si alza senza aiutarsi con le braccia	0 1 2
3	Tentativo di alzarsi	È incapace senza aiuto Capace ma richiede più di un tentativo Capace al primo tentativo	0 1 2
4	Equilibrio stazione eretta	Instabile (vacilla, muove i piedi, oscilla il tronco) Stabile grazie all'ausilio di un bastone o altri ausili Stabile senza ausili per il cammino	0 1 2
5	Equilibrio stazione eretta prolungata	Instabile (vacilla, muove i piedi, oscilla il tronco) Stabile ma a base larga (malleoli mediali dist. > 10 cm) Stabile a base stretta senza supporti	0 1 2
6	Romberg	Instabile Stabile	0 1
7	Romberg sensibilizzato	Incomincia a cadere Oscilla ma si riprende da solo Stabile	0 1 2
8	Girarsi di 360°	A passi discontinui A passi continui Instabile (si aggrappa, oscilla) Stabile	0 1 2 3
9	Sedersi	Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) Usa le braccia o ha un movimento discontinuo Sicuro, movimenti continui	0 1 2
		<u>TOTALE</u>	<u> </u> / 16

Modello Di Adattamento E Tolleranza Allo Stress

SCALA DEL SOVRACCARICO DEL CAREGIVER DI ZARIT	MAI (0)	QUASI MAI (1)	A VOLTE (2)	SPESSE (3)	QUASI SEMPRE (4)
Il suo familiare chiede più aiuto di quanto gli è necessario?					
Il tempo dedicato al suo familiare non le consente di averne a sufficienza per se stesso?					
È teso se deve prendersi cura del suo familiare e di altre responsabilità contemporaneamente?					
Si vergogna dell'atteggiamento del suo familiare?					
Si sente irritato quando deve stare accanto al suo familiare?					
L'attuale situazione influisce negativamente nei rapporti con amici ed altri familiari?					
Sente timore per il futuro che aspetta la sua famiglia?					
Sente che il suo familiare dipende da lei?					
Si sente esaurito quando deve rimanere con il suo familiare?					
Crede che la cura del suo familiare abbia influito negativamente sulla sua salute?					
Crede che occuparsi del suo familiare le impedisca di avere una vita privata?					
Crede che la cura del suo familiare abbia influito negativamente sulle sue relazioni sociali?					
A causa del suo familiare non si sente libero di invitare a casa sua degli amici? (Solo se l'intervistato abita con il paziente)					
Il suo familiare conta solo su di lei e pensa che sia l'unica persona in grado di assisterlo?					
Crede di non poter affrontare il carico economico della cura del suo familiare oltre al resto della spesa?					
Crede di non essere in grado di occuparsi del suo familiare per ancora molto tempo?					
Ha perso il controllo della sua vita privata da quando è insortita la malattia del suo familiare?					
Desidererebbe poter delegare la cura del suo familiare ad altri?					
Si sente insicuro su ciò che deve fare per il suo familiare?					
Crede di dover fare di più per il suo familiare?					
Crede di poter occuparsi del suo familiare in modo migliore di quello che sta già facendo?					
Si sente eccessivamente caricato per quello che riguarda la cura del suo familiare?					
Totale di ogni colonna					
		Totale globale			
<= 46 no sovraccarico		47 – 55 sovraccarico leggero		>55 sovraccarico intenso	

Modello Di Adattamento E Tolleranza Allo Stress

Capacità di far fronte allo stress della malattia (capacità di coping)	☐ nessuna ☐ scarsa ☐ sufficiente ☐ buona ☐ ottima
Coping inefficace per	☐ alterazioni fisiche e/o psichiche ☐ gestione complessa dell'autocura ☐ sistema di sostegno inadeguato



CONSENSO INFORMATO ALLE PRESTAZIONI

Il/La Sottoscritto/a Dott/Dott.ssa _____, iscritto/a all'Ordine _____
della Provincia di _____ con il n. _____, prima di svolgere la propria opera professionale
a favore del Sig/Sig.ra _____, in qualità di
_____ (specificare se diverso dal paziente ; coniuge, figlio, genitore,
caregiver, familiare, altro), lo/la informa di quanto segue:

- La prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste nel

(aggiungere una descrizione quanto più completa e dettagliata dell'intervento che il sanitario si appresta a compiere) ed è finalizzata a _____ (aggiungere le finalità dell'intervento ad es. interventi infermieristici, di prevenzione, di diagnosi, attività di abilitazione-riabilitazione, sostegno in ambito psicologico, etc.);

- A tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della Legge 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione- riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso , gli strumenti principali di intervento saranno (aggiungere l'indicazione degli strumenti che sicuramente saranno utilizzati);
- In alcuni casi l'intervento attuato potrebbe non produrre gli effetti desiderati dal paziente. In tal caso sarà cura del sanitario informare adeguatamente il paziente o chi autorizzato e valutare se proporre un nuovo percorso di intervento;
- Le prestazioni verranno rese presso l'abitazione del paziente sita in Via _____;
- La durata dell'intervento è di _____ e si articolerà per n. giorni _____;
- In qualsiasi momento il paziente o chi autorizzato potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale e all'Ambito distrettuale di appartenenza;
- Il sanitario è tenuto al rispetto del Codice Deontologico che impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla legge.

Il Sig./ La Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Telefono _____ mail _____

In qualità di _____ (specificare se diverso dal paziente ; coniuge, figlio, genitore, caregiver, familiare, altro) **DICHIARA** di aver compreso i termini dell'intervento come sopradescritti e di accettare l'intervento concordato con il Dott/la Dott.ssa _____

Data _____

Firma _____



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Amphora Coop. Sociale a r.l.
Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com



Centro Clinico di Riabilitazione
"NOVA SALUS" di Anphora Coop. Sociale a r.l.

Via Fontana Vecchia 14 Cannitello – Villa San Giovanni
(RC)
www.novasalus.com



ANAGRAFICA

Cognome	Nome
Data di nascita	Codice Fiscale
Domicilio	
Recapito Tel.	MAIL
Caregiver e/o persona di riferimento	Recapito Tel.
MMG	Recapito MMG

ANAMNESI SOCIO AMBIENTALE

- ☐ celibe/nubile ☐ coniugato ☐ vedovo ☐ separato ☐ vive solo ☐ con famiglia ☐ con figli
☐ con parenti (specificare grado di parentela) _____ ☐ in istituto
☐ altro _____ Familiare di riferimento/Caregiver _____

Tel.

E-mail

Grado di parentela

NOTE

Atteggiamento familiare di: ☐ collaborazione ☐ accettazione ☐ rifiuto ☐ impossibilità

Abitazione: ☐ piano terra ☐ piano superiore ☐ presenza di barriere architettoniche (quali _____)

☐ con ascensore ☐ senza ascensore ☐ bagno interno ☐ doccia

FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI

Cognome

Nome

Io sottoscritto/a, in qualità di _____ (specificare se diverso dal paziente: coniuge, figlio, genitore, caregiver, familiare, altro), acquisite le informazioni – in modo orale e per iscritto – fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati sensibili di cui all'art. 4 comma 1 lett. D) nonché art. 26 del D.Lgs 196/2003, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" esprimo il mio consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa, affinché i propri dati personali, quelli relativi alla propria storia familiare, ai precedenti clinici ed in generale al proprio stato di salute, in quanto indispensabili al fine della tutela della propria salute e della propria incolumità fisica.

Per presa visione

Data

Firma leggibile

Autorizzo il trattamento e l'indicazione dei miei dati sulla cartella clinica e su documenti, prescrizioni, ricette, la comunicazione, nonché l'archiviazione, anche elettronica, la consegna di dati e documentazione, attraverso il personale amministrativo di archivio e/o segreteria.

Autorizzo altresì che il personale dipendente possa fornire notizie sul mio stato di salute a:

☐ Tutti ☐ Nessuno ☐ Sig./ra _____ (specificare il rapporto: coniuge, figli, genitori, fratelli, conviventi, altro personale sanitario)

Data

Firma leggibile

LIBERATORIA E CONSENSO PER L'UTILIZZO DELLE IMMAGINI FOTOGRAFICHE DEL PAZIENTE

Il sottoscritto/a

Nato/a a

il

Residente in

Via

Telefono

Mail

In qualità di (specificare se diverso dal paziente: coniuge, figlio, genitore, caregiver, familiare, altro)

Dopo idonea informativa ricevuta da

In qualità di

Dichiara

- ☐ Di prestare il consenso a riprese fotografiche durante l'esecuzione del trattamento medico che verrà effettuato sulla persona le quali non comprendono comunque elementi identificativi della stessa (viso, lineamenti del volto, ecc.), e pertanto garantiranno completamente l'anonimato dell'identità.
- ☐ Di prestare il consenso specifico al trattamento dei dati personali relativi all'utilizzo delle fotografie che ritraggono parti del corpo durante il trattamento medico al fine di effettuare studi, congressi, eventi formativi, statistica sanitaria, pubblicazioni su riviste scientifiche.
- ☐ Di non sollevare eccezioni contro la pubblicazione di eventuali fotografie e/o riprese audio-video per le finalità sopradescritte. Le fotografie e/o la pubblicazione di articoli, foto o riprese audio-video non daranno diritto ad alcun tipo di compenso.
- ☐ Il sanitario deve intendersi autorizzato ad utilizzare tali fotografie e/o registrazioni per gli scopi sopra indicati.

Data

Firma leggibile

INFORMATIVA

Il Nuovo Regolamento Europeo 679/2017 ha la finalità di garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale. La Legge stabilisce che la persona riceva informazioni circa finalità e modalità di trattamento dei suoi dati personali e che all'interessato sia richiesto il consenso espresso per iscritto. Il trattamento dei dati, per i quali viene chiesto il consenso si ritiene necessario per assolvere obblighi di legge e di contratto e per il corretto esercizio dei suoi diritti.

Desideriamo informarla che i dati raccolti vengono utilizzati, con o senza l'ausilio di mezzi elettronici, per i trattamenti previsti dalla legge, e per le seguenti finalità:

- Inserimento dei dati in supporto cartaceo e/o informatico, per la successiva pubblicazione in riviste scientifiche;
- Utilizzo dei dati per una corretta pianificazione della gestione delle attività e delle comunicazioni connesse.

Il conferimento dei dati personali comuni e sensibili e delle immagini è strettamente necessario ai fini medici e scientifici. La comunicazione dei dati avviene nei confronti degli incaricati del trattamento e può avvenire nei confronti dei terzi per le finalità di cui ai paragrafi precedenti.

Il Sanitario utilizza tutte le misure di sicurezza necessarie al miglioramento della protezione e la manutenzione della sicurezza, dell'integrità e dell'accessibilità dei dati personali.

Tutti i dati sono conservati in server protetti o copie cartacee idoneamente archiviate, accessibili ed utilizzabili in base agli standard e alla policy di sicurezza.

Data

Firma leggibile

PATOLOGIE PREGRESSE E CONCOMITANTI A CARICO DELL'APPARATO

Respiratorio

Cardiocircolatorio

Digerente

Metabolico

Neurologico

Osteomuscolare

Genito-urinario

Dermatologico

Familiarità per patologia

FARMACOTERAPIA DOMICILIARE

FARMACI	DOSAGGIO	FREQUENZA	ULTIMA DOSE

MODELLO OSTEO-ARTICOLARE

☐ Nella norma ☐ Artrite ☐ Artrite reumatoide ☐ Artrosi ☐ Osteoporosi ☐ Miopatie ☐ Paraplegia ☐ Tetraplegia ☐ Emiplegia ☐
Neoplasie (specificare) _____

Note _____

MODELLO DI MANTENIMENTO — PERCEZIONE DELLA SALUTE

CONSUMO DI:

Tabacco: ☐ no ☐ sì ☐ sigari ☐ pipa ☐ sigarette quantità _____/die

Alcool: ☐ no ☐ sì tipo _____ quantità _____/die

Altre sostanze: ☐ no ☐ sì tipo _____ uso _____

Allergie (farmaci, alimenti, cerotti, vernici, altro): _____

Tipo di dieta: _____

Attività sportiva: _____

MODELLO NUTRIZIONALE — METABOLICO

Dieta libera: ☐ no ☐ sì Preferenze alimentari: _____

Dieta speciale / supplementi: ☐ no ☐ sì _____

Precedenti istruzioni dietetiche: ☐ no ☐ sì _____

Appetito: ☐ normale ☐ aumentato ☐ diminuito ☐ gusto diminuito ☐ nausea ☐ vomito ☐ stomatite

Variazioni di peso negli ultimi 6 mesi: ☐ no ☐ sì _____kg di aumento/perdita

Disfagia: ☐ no ☐ solidi ☐ liquidi Difficoltà a masticare: ☐ no ☐ sì specificare _____

Protesi dentali: ☐ no ☐ fissa ☐ mobile ☐ superiore ☐ parziale ☐ completa ☐ inferiore ☐ parziale ☐ completa

NUTRIZIONE ARTIFICIALE

☐ NPT ☐ NPP

☐ ENTERALE () ☐ PEG () ☐ SNG

MODELLO DI ELIMINAZIONE

Abitudini intestinali:

Frequenza evacuazioni/die _____

Caratteristiche feci _____

Data dell'ultima evacuazione _____

Uso di clisteri/lassativi ☐ no ☐ sì altro: _____

☐ incontinenza ☐ stomia (specificare: _____) ☐ autogestita ☐ gestita da _____

Abitudini urinarie:

Frequenza/die _____ Caratteristiche urine _____

☐ disuria ☐ nicturia ☐ bisogno impellente ☐ ritenzione

Incontinenza: ☐ no ☐ sì ☐ totale ☐ diurna ☐ notturna ☐ da stress ☐ difficoltà a rimandare la minzione ☐ difficoltà a raggiungere il bagno

Ausili — Presidi per incontinenti (specificare): _____

☐ Catetere permanente Posizionato il _____ tipo di catetere _____
Sostituzione prevista per il _____
☐ Stomia (specificare: _____) ☐ autogestita ☐ gestita da _____

MODELLO SONNO — RIPOSO

Abitudini: ore/notte _____ ☐ riposo post prandiale Si sente riposato dopo il sonno ☐ no ☐ sì
Problemi: ☐ risveglio precoce ☐ insonnia altro _____
Uso di farmaci per dormire: ☐ no ☐ sì specificare _____

MODELLO COGNITIVO — PERCETTIVO

Stato di coscienza: ☐ vigile ☐ soporoso ☐ comatoso Orientamento:
☐ orientato ☐ confuso ☐ disorientato
Linguaggio: ☐ normale ☐ afasia espressiva ☐ altro _____
Udito: ☐ normale ☐ ipoacusia ☐ sordità: ☐ destra ☐ sinistra ausili _____
Vista: ☐ normale ☐ occhiali ☐ lenti a contatto ☐ non vedente

ESAME FISICO (OBIETTIVO) — DATI CLINICI

Età	Altezza	Peso	BMI	Temperatura / Sede rilevazione
-----	---------	------	-----	-----------------------------------

Circonferenza Addominale

APPARATO RESPIRATORIO – CIRCOLATORIO

Frequenza respiratoria: _____ Caratteristiche del respiro: ☐ eupnoico ☐ dispnoico ☐ bradipnoico ☐ tachipnoico ☐
superficiale ☐ profondo ☐ altro _____
Tosse: ☐ no ☐ sì descrivere _____
Polso: _____ (sede rilevazione) _____ Ritmo: ☐ regolare ☐ irregolare
Pressione arteriosa (P.A.): _____ mmHg rilevata al ☐ braccio dx ☐ braccio sx

SISTEMA METABOLICO – TEGUMENTARIO

CAVO ORALE: ☐ normale ☐ arrossamenti ☐ lesioni altro _____
CUTE — Colorito: ☐ normale ☐ pallida ☐ cianotica ☐ itterica ☐ altro _____
Temperatura: ☐ normale ☐ fredda ☐ calda sede _____
Edemi: ☐ no ☐ sì descrizione/sede _____
Lesioni/ferite chirurgiche: ☐ no ☐ sì descrizione/sede _____
Contusioni: ☐ nessuna ☐ sì descrizione/sede _____
Arrossamenti: ☐ no ☐ sì descrizione/sede _____
Prurito: ☐ no ☐ sì descrizione/sede _____
Anamnesi dermatologica/problemi di guarigione: ☐ no ☐ guarigione anormale ☐ eruzione ☐ secchezza ☐ eccessiva sudorazione
Eventuali modificazioni: _____

Lesioni da pressione:

Sede della lesione: ☐ sacro-coccige ☐ trocantere ☐ gomito ☐ tallone ☐ altra _____

Dimensioni — larghezza CM _____ Lunghezza cm _____ Profondità cm _____

Caratteristiche: ☐ essudativa ☐ non essudativa ☐ infetta ☐ non infetta

Stadiazione secondo EPUAP: ☐ I stadio ☐ II stadio ☐ III stadio ☐ IV stadio

REGISTRARE LA RIDOTTA TOLLERANZA GLICEMIA E OBESITÀ

ADDOME

Peristalsi: ☐ presenti ☐ assenti ☐ altro _____

Sonde/drenaggi/cateteri specificare _____

ACCERTAMENTO MIRATO

Valutazione delle attività di vita quotidiana

Scala di Barthel	All'ingresso	A giorni _____	Alla dimissione
Punteggio totale			

Valutazione del rischio di caduta

Scala di Conley	All'ingresso	A giorni _____	Alla dimissione
Punteggio totale			

Valutazione del rischio insorgenza lesioni da pressione

Scala di Norton	All'ingresso	A giorni _____	Alla dimissione
Punteggio totale			

Stadiazione secondo le Linee guida EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel)

Grado 1: iperemia della cute sana che non scompare alla digitopressione. La discromia cutanea, il calore, l'edema e l'indurimento possono essere utilizzati come parametri di valutazione, in particolare di soggetti di carnagione più scura.

Grado 2: lesione cutanea a spessore parziale che interessa l'epidermide, il derma o entrambi. L'ulcera è superficiale e si manifesta clinicamente come un'abrasione o una vescica.

Grado 3: lesione cutanea a spessore totale con degenerazione o necrosi del tessuto sottocutaneo, con possibile estensione sino alle aree sottostanti ma non oltre la fascia.

Grado 4: degenerazione massiva, necrosi tissutale o danno muscolare, osseo o delle strutture di supporto con o senza lesione cutanea a tutto spessore.

OSSERVAZIONI ULTERIORI NON PREVISTE NELL'ACCERTAMENTO STRUTTURATO

PRESENTAZIONE SINTETICA DEL CASO *

* Formulare una breve presentazione del caso in cui descrivere: 1. Il motivo del ricovero 2. La storia di salute recente e significativa del paziente preso in carico 3. Eventuali esami diagnostici eseguiti prima del ricovero

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

DATA	DIAGNOSI INFERMIERISTICHE / PROBLEMI COLLABORATIVI	RISORSE	OBIETTIVO	INTERVENTI	INDICATORI DI RISULTATO / VALUTAZIONE

SI ALLEGA

- ❑ Scheda di valutazione caduta (CONLEY)
- ❑ Scheda segnalazione del dolore (VAS)
- ❑ Scala di valutazione dello stato mentale (TEST DI PFEIFFER)
- ❑ Scheda di mobilizzazione
- ❑ Scheda notifica e trattamento lesioni da decubito (INDICE DI STOTTS)
- ❑ Scala di Barthel (VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ)
- ❑ Scala di valutazione dell'equilibrio e dell'andatura (TINETTI)
- ❑ Modello di adattamento e tolleranza allo stress (PER IL CAREGIVER)

SCHEDA RILEVAMENTO PARAMETRI VITALI

[illegible]

Data

Il Sanitario compilatore

SCHEDA UNICA TERAPIA *

Paziente

Data di nascita

Allergie: ☐ NO ☐ SÌ[illegible]

--	--	--	--	--	--

Note:

** Da allegare il consenso alle prestazioni del MMG*

Data

Il Sanitario compilatore



Ministero della Salute



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Ricerca Corrente 2015

“Implementazione di metodi e strumenti per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)”

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali – RSA

In collaborazione con



Sezione 1 – Dati anagrafici della Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Regione CALABRIA Provincia RC COMUNE: VILLA SANGIOVANNI

ASL di riferimento REGGIO CALABRIA

Denominazione struttura CENTRO CLINICO DI RIABILITAZIONE "NOVASALUS" di Anphora Coop. Sociale a.r.l.

CODICE STRUTTURA U.S.L. di riferimento

INDIRIZZO ASL

INDIRIZZO RSA via Fontana Vecchia 14-Cannitello(Villa San Giovanni)

TIPO STRUTTURA (barrare la casella corrispondente):

1 STRUTTURA PRIVATA ACCREDITATA ☒ X

LA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE HA UNO O PIÙ NUCLEI:

Bassa intensità assistenziale ☒ X

Media intensità assistenziale ☐

Alta intensità assistenziale ☐

NUM. DI POSTI LETTO PER BASSA INTENSITA' ASSISTENZIALE: 5 / 0 / /

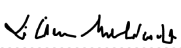
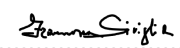
NUM. DI POSTI LETTO PER MEDIA INTENSITA' ASSISTENZIALE: 0 / / /

NUM. DI POSTI LETTO PER ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE: 0 / / /

Data compilazione: 14 / 06 / 2026 / Note eventuali:

COMPONENTI DELL'ÉQUIPE LOCALE CHE HA REALIZZATO LA VALUTAZIONE PARTECIPATA DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE NELLA STRUTTURA

Referenti della struttura (ruolo, nome, cognome e firma): Dott.GIROLAMO LAMANNA-DOTT.SSA LILIANA MALAVENDA-DOTT.SSA FRANCESCA SIVIGLIA

Referenti civici (Associazione di appartenenza, nome, cognome e firma):   

Nota Bene

1. La colonna "Modalità di rilevazione" distingue gli item per i quali è prevista la modalità di rilevazione attraverso evidenza documentale (DOC), da quelli per i quali è prevista, invece, la rilevazione attraverso osservazione diretta (OSS). In alcuni casi sono contemplate ambedue le modalità (DOC/OSS).
2. La colonna "NP" indica la Non Pertinenza di un item, da cui si viene esonerati, barrando la casella corrispondente.
3. Se ci sono item riferiti ad un servizio di cui la struttura è sprovvista, barrare "no" anche alle relative domande: ad es., se non è presente la Carta dei Servizi, si deve scegliere il "no" anche all'item che rileva la presenza di carta servizi multilingue

Sezione 2 - Struttura della checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione e della sicurezza delle residenze sanitarie assistenziali							
AREA	SOTTO-AREA	CRITERI	N. Criteri	N. Item	Item dal n. al n.	Totale Item	
1 Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona	1.1 Attenzione alla fragilità e ai bisogni della persona	1.1.1 Supporto psicologico, relazionale e affettivo	10	8	1-8	68	
		1.1.2 RSA senza dolore e cure palliative		11	9-19		
		1.1.3 Personalizzazione e libera scelta		12	20-31		
	1.2. Rispetto della dignità e della privacy	1.2.1 Rispetto della dignità		6	32-37		
		1.2.2 Rispetto della riservatezza, dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili		2	38-39		
		1.2.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica e religiosa		6	40-45		
	1.3. Ingresso in RSA e continuità delle cure	1.3.1 Accoglienza e gestione delle cure		2	46-47		
		1.3.2 Continuità del percorso assistenziale nella rete dei servizi		5	48-52		
	1.4. Tutela dei livelli di autonomia e mantenimento degli interessi personali	1.4.1. Autonomia		11	53-63		
		1.4.2 Attività per favorire la socialità, la continuità con il mondo esterno e l'integrazione con il territorio		5	64-68		
2 Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura	2.1 Accessibilità fisica	2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali	5	3	69-71	47	
		2.1.2 Accessibilità e percorsi protetti (parcheggi, collegamenti, mezzi di trasporto dedicati e collegamenti tra struttura e comunità)/logistica e segnaletica		8	72-79		
	2.2 Nuclei residenziali a "misura d'uomo" e comfort generale della struttura	2.2.1 Dotazioni e caratteristiche dei nuclei residenziali		18	80-97		
		2.2.2 Comfort alberghiero		6	98-103		
		2.2.3 Comfort dei servizi comuni		12	104-115		
3 Accesso alle informazioni e semplificazione	3.1 Informazioni e trasparenza	3.1.1 Informazioni generali	4	4	116-119	15	
		3.1.2 Informazioni e trasparenza sulle procedure di accesso		3	120-122		
	3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni	3.2.1 Accesso alla documentazione sanitaria e alla conoscenza della situazione assistenziale della pers		5	123-127		
		3.2.2 Contenuti e accessibilità del sito web rispetto alle norme sulla trasparenza		3	128-130		
4 Cura della relazione	4.1 Relazione tra i professionisti, gli ospiti, i familiari	4.1.1 Cura della comunicazione clinica e empowerment individuale	5	6	131-136	19	
		4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il residente, i familiari, i caregiver		6	137-142		
		4.1.3 Prevenzione, monitoraggio e gestione delle situazioni ad alto rischio conflittuale		1	143		
	4.2 Relazione con i portatori di interesse (cittadini, volontari, comunità e istituzioni)	4.2.1 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino		4	144-147		
		4.2.2 Partecipazione dei cittadini		2	148-149		
Modulo sicurezza				15	1-15	15	
							164

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Area 1. Processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona					
Sotto-area 1.1 Attenzione alle fragilità e ai bisogni della persona					
Criterio 1.1.1 Supporto psicologico, relazionale e affettivo					
1	DOC	Presenza di supporto psicologico e/o di interventi di counselling per i residenti			Può essere realizzato dalla struttura oppure in partnership con associazioni, cooperative, ecc. nell'ambito di specifici accordi scritti.
		· sì, è prevista la possibilità di supporto psicologico	☒		
		· sì, è prevista la possibilità di interventi di counselling	☒		
		· no	☐		
2	DOC	Il supporto psicologico e/o interventi di counselling è previsto/sono previsti anche per i familiari dei residenti			Il supporto psicologico deve essere offerto in maniera gratuita.
		· sì, è prevista la possibilità di supporto psicologico	☒		
		· sì, è prevista la possibilità di interventi di counselling			
		· no	☐		
3	DOC	Presenza di supporto psicologico volto alla prevenzione e alla gestione del burn out degli operatori sanitari			
		· sì, è presente un programma di prevenzione e gestione del burn out	☐		
		· sì, con colloqui o incontri di gruppo al bisogno, ma non rientra in un programma di prevenzione e gestione del burn out	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
4	DOC	Presenza di Gruppi Tematici per i familiari dei residenti			Si intendono incontri a cadenza periodica volti a sostenere i familiari nel delicato e importante ruolo che giocano nel processo di inserimento e permanenza dei residenti nelle RSA. Non è una psicoterapia di gruppo perché non ha intenti psicoterapici, e gli incontri vengono proposti dalla struttura come occasione di incontro. Lo psicoterapeuta/psicologo/counsellor risponde alle domande e ai dubbi dei familiari che devono aiutare il proprio caro ad inserirsi in una RSA.
		· sì	☒		
		· no	☒		
5	DOC	Presenza di regolamento che disciplina l'assistenza integrativa non sanitaria			Per assistenza integrativa non sanitaria si intende ogni attività di supporto personale, relazionale e affettivo prestata alla persona ricoverata, al di fuori delle fasce orarie di visita. Si distinguono due differenti tipologie di assistenza integrativa non sanitaria: assistenza integrativa non sanitaria espletata a titolo gratuito da familiari, parenti o persone di fiducia e associazioni di volontariato; assistenza integrativa non sanitaria espletata a titolo oneroso da cooperative sociali, agenzie e imprese anche individuali. Sono escluse dall'assistenza integrativa non sanitaria le funzioni assistenziali specificamente sanitarie in quanto di competenza esclusiva del personale sanitario dipendente della RSA.
		· sì	☐		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
6	DOC/OSS	Presenza, nell'ambito dell'organizzazione delle attività della RSA, di modalità e tempi di ascolto/attività duale nei confronti dei residenti			L'item è volto ad accertare se sono previsti momenti e attività dedicate nei quali una persona residente possa, al di fuori delle attività comunitarie, incontrare e parlare con un singolo operatore, un singolo volontario e promuovere un rapporto di fiducia, di ascolto attivo, di empatia.
		· sì	☒		
		· no	☐		
7	DOC/OSS	Presenza di iniziative per favorire le amicizie tra i residenti			L'item è volto ad accertare se sono previsti momenti e attività finalizzate a promuovere l'incontro tra coppie o piccoli gruppi di residenti (4-5 persone) affinché tutti possano coltivare e promuovere rapporti di amicizia.
		· sì	☒		
		· no	☐		
8	DOC	Presenza di regolamento che disciplina la presenza di animali			Si fa riferimento, in particolare, alla presenza di animali all'interno della struttura (es. cane, gatto) o negli spazi verdi all'esterno (es. galline, tartarughe, cavalli). Gli animali possono essere di proprietà della persona residente (es. cane o gatto) oppure della RSA.
		· sì	☐		
		· no	☒		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Criterio 1.1.2 RSA senza dolore e cure palliative					
9	DOC	Adozione di linee guida, protocolli, procedure per la gestione del dolore nelle quali sono trattati i seguenti argomenti:			
9.1		riconoscimento e definizione del tipo di dolore presente			Il riconoscimento del parametro dolore si basa sia sul residente che riferisce o esprime il proprio stato, laddove possibile, sia sugli operatori che valutano e intervengono. Riconoscere il dolore è un atto fondamentale per la costruzione di un idoneo progetto di cura.
		· sì	☐		
		· no	☐	X	
9.2		strumenti di valutazione del dolore nei residenti con facoltà cognitive intatte			Deve essere formalizzata la scelta di uno o più strumenti convalidati per la valutazione sistematica dei parametri di base del dolore quali: localizzazione del dolore, effetti del dolore sulle funzioni e le ADL, livello del dolore a riposo e durante l'uso dei farmaci ed effetti avversi, qualità del dolore, irradiazione del dolore, severità del dolore.
		· sì	☒		
		· no	☐		
9.3		strumenti di valutazione del dolore nei residenti con deficit cognitivi o non in grado di verbalizzare			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
9.4		monitoraggio del parametro dolore			Deve essere formalizzata la scelta di una o più schede attraverso le quali monitorare il trattamento del dolore, la sua efficacia, le eventuali complicanze correlate
		· sì	☒		
		· no	☐		
10	DOC	Adozione di linee guida, protocolli, procedure per la gestione del dolore nelle quali sono trattati i seguenti argomenti:			
10.1		Trattamento farmacologico			
		· sì	☒		
		· no	☐		
10.2		Strategie non farmacologiche di trattamento			TERAPIA STRUMENTALE ADEGUATA
		· sì	☒		
		· no	☐		
11	DOC	Presenza nella cartella clinica di uno o più strumenti per la misurazione del dolore			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
12	DOC	Periodicità della valutazione del dolore			Indicare le risposte che descrivono meglio il/i comportamento/i adottato/i dagli operatori per misurare il dolore secondo i protocolli adottati dalla RSA. E' possibile dare più risposte.
12.1		Gli operatori identificano le persone a rischio dolore - almeno una volta al giorno - interrogando (quando si intraprendono altre valutazioni sistemiche) tutti i residenti o la famiglia/curatore riguardo alla presenza di dolore o di disagio, o adottando le specifiche rilevazioni della presenza del dolore tramite segni diretti e indiretti (espressioni facciali, ecc.) per i residenti impossibilitati a rispondere			Con questo item si intende verificare se tutti i residenti sono sottoposti, almeno una volta al giorno, <u>anche in occasione di altre valutazioni sistemiche</u> , a uno screening del dolore , alla quale seguirà la valutazione del dolore in caso di riscontro positivo.
		· sì, per tutti i residenti	☒		
		· sì, ma solo per una parte dei residenti	☐		
		· no	☐		
12.2		Il dolore è rivalutato in maniera regolare secondo il tipo e l'intensità di dolore e del programma di trattamento			
		· sì, per tutti i residenti	☒		
		· sì, ma solo per una parte dei residenti	☐		
		· no	☐		
12.3		L'intensità del dolore e il suo impatto sulle attività sono rivalutate ogni volta che viene riferito un nuovo dolore o ad ogni nuova procedura.			
		· sì	☒		
		· sì, ma solo per una parte dei residenti	☐		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
12.4		L'efficacia della terapia antalgica è rivalutata dopo che l'intervento ha raggiunto l'effetto massimo			
		· sì	☒		
		· sì, ma solo per una parte dei residenti	☐		
		· no	☐		
13	DOC	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione sulla gestione del dolore nell'anziano per medici e infermieri			In questo caso e in tutti gli altri casi nei quali si fa riferimento a corsi di formazione per gli operatori della struttura, si fa riferimento al personale dipendente e assimilato (con esclusione, quindi, di personale dipendente da cooperative) ed è possibile rispondere positivamente anche se i corsi sono stati promossi dalla struttura in partnership con altri soggetti o, ancora, se la struttura si è fatta carico delle spese per la partecipazione di propri operatori a corsi di formazione esterni.
13.1		per medici			Per medici si intende il medico interno della struttura e non i medici di medicina generale.
		· sì	☒		
		· no	☐		
13.2		per infermieri			
		· sì	☐		
		· no	☒		
13.3		per fisioterapisti			
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☒	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
14	DOC	Adozione di linee guida, protocolli, procedure per la gestione del dolore procedurale			Il dolore da procedura è quello che accompagna molteplici indagini diagnostiche/terapeutiche e procedure di routine (ad es. rimozione della medicazione, inserimento/rimozione del catetere ecc.) e che rappresenta un evento particolarmente temuto e stressante. Attualmente sono a disposizione varie possibilità d'intervento (farmacologiche e non) e modelli organizzativi efficaci.
		· sì	☒		
		· no	☐		
15	DOC	Informazione ai residenti sulla gestione del dolore			Le informazioni si intendono fornite quando: - esiste una procedura operativa o altro documento che definisce le modalità e i soggetti che informano il residente sulla gestione del dolore; - esiste materiale informativo per i residenti nel quale è descritta la gestione del dolore procedurale
15.1		dolore acuto e/o cronico			
		· sì	☐		
		· no	☒		
15.2		dolore procedurale			
		· sì	☐		
		· no	☒		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
16	DOC	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di Report relativi a un sistema di Auditing interno sulle cartelle cliniche per la verifica e il miglioramento di: registrazione, misurazione e trattamento del dolore in RSA			L'Auditing è un'azione di controllo e valutazione della qualità svolta dalla stessa direzione dell'RSA
		· sì	☐		
		· no	☒		Rispondere NO anche se la struttura non si è dotata di un sistema di Auditing interno sulle cartelle cliniche.
17	DOC	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di indagini sulla soddisfazione dei residenti rispetto alla gestione del loro dolore da parte dell'RSA			Si può dare risposta affermativa anche se l'indagine realizzata ha toccato altri temi oltre al dolore (v. item n. 152), purchè ai residenti siano state poste esplicite domande sulla soddisfazione per la rilevazione e gestione del loro dolore.
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE		☐	La struttura è operativa da un periodo inferiore a quello indicato
18	DOC	Aggiornamento del Programma di Assistenza Individualizzato con la redazione della parte di "fine vita" e con l'introduzione dell'approccio palliativo nell'assistenza ai residenti in fase terminale			Si intende la pratica delle cure palliative per i residenti che entrano in fase terminale con la redazione di una parte dedicata del PAI e quindi con la ridefinizione degli obiettivi di cura. L'approccio palliativo può essere applicato dal personale sanitario delle RSA o con il supporto del servizio che eroga le cure palliative sul territorio. Se applicato dal personale sanitario delle RSA, ci deve essere stata una formazione specifica.
		· sì, da parte medica	☐		
		· sì, da parte di tutte le figure professionali	☐		
		· no	☒	X	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
19	DOC/OSS	Assenza di limitazioni d'orario per parenti e amici dei residenti in fase terminale			
		· sì	☒		
		· no	☐		
Criterio 1.1.3 Personalizzazione e libera scelta					Il rispetto dei tempi individuali nello svolgere le attività quotidiane è uno degli aspetti chiavi di tutela dei diritti e orientamento a bisogni, aspettative e desideri del residente. E' importante comprendere come la struttura intende effettivamente garantire la personalizzazione dell'assistenza in termini di modalità, tempi (orari di alzata dal letto/corricamento, tempi tra alzata dal letto/colazione e colazione/pranzo, seconda alzata dal letto pomeridiana, ecc.) e diffusione delle pratiche all'interno della struttura (es. omogeneità di modalità e orari di personalizzazione fra nuclei).
20	DOC	Presenza di uno o più esempi nei quali l'orario di svolgimento di un'attività di un residente è stato "personalizzato" secondo le sue esigenze (alzarsi al mattino, coricarsi, lavarsi, vestirsi, tempo libero, ecc.)			Il documento che può essere consultato è il diario assistenziale
		· sì	☒		
		· no	☐		
21	DOC	Possibilità di richiedere permessi di uscita			

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
21.1		Giornalieri			
		· sì	☒		
		· no	☐		
21.2		Per più giorni			
		· sì	☐		
		· no	☒		
22	OSS	Possibilità, per i residenti, di scegliere l'abbigliamento e gli accessori personali (es. orologio, cappello, anelli, borsetta,ecc.)			
		· sì	☒		
		· no	☐		
23	DOC	Possibilità, per i residenti, di scegliere le attività alle quali partecipare			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	La struttura è deputata ad ospitare esclusivamente persone che non sono in grado di svolgere attività.
24	DOC	Possibilità, per i residenti, di:			
24.1		Mangiare nella propria stanza			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
24.2		Pranzare/cenare con familiari e amici in sala mensa			
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE			La struttura non ospita residenti in grado di mangiare in sala mensa.
25	DOC/OSS	Possibilità per i residenti di personalizzare l'arredamento della propria stanza			
		· sì, anche in stanze con più posti letto	☐		
		· sì, ma solo in caso di stanze singole	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE		☒	La struttura ospita i residenti per un periodo limitato secondo la normativa regionale.
26	DOC/OSS	Possibilità per i residenti di libertà di movimento all'interno della struttura:			Si intende la possibilità di muoversi liberamente nella struttura grazie all'articolazione degli spazi interni e all'eventuale accesso diretto al giardino. La possibilità di libertà di movimento è garantita dall'assenza di barriere architettoniche, di divieti di accesso a parti della struttura (con esclusione dei locali e spazi riservati ad attività lavorative (cucina, lavanderia, ecc.) o a stoccaggio materiali.
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE			La struttura è deputata ad ospitare esclusivamente persone che non sono in grado di muoversi autonomamente.

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
27	DOC/OSS	Possibilità, per i residenti, di disporre di piccole somme di denaro per effettuare piccoli acquisti, consumazioni al bar, ecc.			
		· sì	☒		
		· no	☐		
28	DOC/OSS	Possibilità, per i residenti, di coltivare hobby e passioni individuali			
		· sì, solo in gruppo	☒		
		· sì, anche per singole persone			
		· no	☐		
29	DOC/OSS	Presenza di gruppi tematici organizzati secondo gli interessi dei residenti			Si intende la presenza di gruppi di attività organizzati secondo gli interessi e le competenze dei residenti (es. lavoro a maglia, ricamo, ecc.) e non secondo quelle degli animatori/educatori.
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE			La struttura è deputata ad ospitare esclusivamente persone che non sono in grado di partecipare a gruppi tematici
30	DOC	Presenza di momenti di coinvolgimento della comunità dei residenti e di condivisione delle decisioni in relazione a:			
30.1		l'organizzazione di eventi interni			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE			La struttura è deputata ad ospitare esclusivamente persone che non sono in grado di partecipare a eventi interni

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
30.2		la programmazione di uscite, visite esterne			
		·sì	☒		
		·no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	La struttura è deputata ad ospitare esclusivamente persone che non sono in grado di partecipare a visite esterne
30.3		scelta menù			
		·sì	☒		
		·no	☐		
30.4		l'articolazione e i tempi della giornata			
		·sì	☒		
		·no	☐		
31	DOC	Presenza di una procedura per la raccolta della Dichiarazione anticipata di trattamento (DAT)			La Dichiarazione Anticipata di Trattamento (D.A.T.) è un documento strettamente personale con il quale una persona capace di intendere e volere esprime anticipatamente la propria volontà in merito ai trattamenti sanitari e medici che intende - oppure NON intende - accettare nel momento in cui dovesse trovarsi in condizioni tali da non potere autonomamente manifestare il proprio volere circa l'applicazione di tali trattamenti alla sua persona. Con la D.A.T., la persona dichiarante può inoltre esprimere la sua volontà anche per quanto riguarda il fine vita, la donazione dei propri organi, le funzioni religiose e il rito funerario, la cremazione o la tumulazione del proprio corpo.
		·sì	☐		
		·no	☒	X	
Sotto-area 1.2 Rispetto della dignità e della privacy					

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Criterio 1.2.1 Rispetto della dignità					
32	DOC	Presenza di uno o più documenti nei quali si dà evidenza dell'abolizione della contenzione fisica dei residenti			<i>Per contenzione delle persone assistite si intende l'atto sanitario-assistenziale di natura eccezionale, applicabile solo quando tutte le altre misure alternative si sono dimostrate inefficaci che, attraverso l'utilizzo di dispositivi, farmaci, tecniche, in qualche modo limita la libertà e la capacità di movimenti volontari o comportamenti della persona allo scopo di controllarla o di impedirle di recare danni a sé o ad altri</i>
		· sì, sono aboliti tutti i mezzi di contenzione, incluse le spondine	☐		La contenzione (fisica) non è praticata in nessun caso. Non sono assolutamente mai adottati mezzi di contenzione quali: 1. Mezzi di contenzione per il letto o Fasce e cinture applicate all'utente a letto o Lenzuolo contenitivo o Sponde di protezione 2. Mezzi di contenzione applicati all'utente in carrozzina/sedia/poltrona o Corpetto con bretelle o Cintura addominale o Cintura pelvica o Tavolino o piano d'appoggio fisso o Divaricatore inguinale 3. Mezzi di contenzione per segmenti corporei o Cavigliere o Polsiere . Sono poste in essere misure alternative (cfr Best Practice. Volume 6, Issue 4, 2002 ISSN 1329 - 1874 Tabella: Alternative alla contenzione)
		· si sono aboliti tutti i mezzi di contenzione con esclusione delle spondine	☒		<i>La questione se le sponde di protezione al letto siano o meno un mezzo di contenzione è ancora dibattuta e non esistono, al momento, delle regolamentazioni precise nella maggior parte dei Paesi. Tuttavia tutte le definizioni di contenzione fisica riportate in letteratura fanno propendere per una loro inclusione. In tal senso le sponde rappresentano il tipo di contenzione più frequentemente utilizzato sia nelle R.S.A. sia negli ospedali.</i>
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
33	DOC	Presenza di uno o più documenti nei quali si dà evidenza della riduzione al ricorso dei mezzi di contenzione fisica			
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE		☐	I mezzi di contenzione sono stati aboliti
34	DOC	Presenza di un documento (procedura/linee guida, ecc.) per la gestione della contenzione fisica dei residenti con riferimento a:			Si intende un documento nel quale sono fornite le indicazioni per la gestione della contenzione fisica con particolare riferimento ai punti sottoindicati. Se il documento non è presente, rispondere negativamente a tutti i sotto-item.
		NON PERTINENTE		☐	I mezzi di contenzione sono stati aboliti
		· sì	☐		
		· no	☒		
34.2		Prescrizione della contenzione con atto medico			Nel documento deve essere indicata la necessità di avere la prescrizione della contenzione da parte del medico con: tipo e modo di contenzione; durata.
		· sì	☐		
		· no	☒		
34.3		Controllo periodico del residente			Nel documento deve essere indicata la necessità di effettuare un controllo periodico della persona durante la contenzione
		· sì	☐		
		· no	☒		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
34.4		Registrazione della contenzione e di eventuali effetti collaterali/complicanze nei documenti clinici			Apposita scheda, cartella Clinica e PAI
		· sì	☐		
		· no	☒		
35	DOC	Prevenzione e sorveglianza dei comportamenti invalidanti/svalutanti			Si intende accertare se la struttura ha definito regole e modalità organizzative per sensibilizzare il personale sanitario sui comportamenti scorretti nei confronti dei residenti (quali derisione, intimidazione, imposizione, rifiuto, denigrazione, etichettatura, non rispetto dei tempi e dei ritmi della persona) e se ha definito le modalità attraverso le quali individuarne l'eventuale messa in atto. Si può rispondere positivamente quando ci sono evidenze documentali che questo obiettivo è perseguito dall'organizzazione sanitaria. Le evidenze possono riguardare la gestione di casi (diari assistenziali), lo svolgimento di incontri (riunioni di equipe), indicazioni e linee di comportamento date dall'organizzazione.
		· sì, sono presenti sia modalità per sensibilizzare il personale sia modalità per individuare l'eventuale messa in atto per la prevenzione	☒		
		· sì, sono presenti modalità per sensibilizzare il personale sui questi comportamenti	☒		
		· sì, sono presenti modalità per individuarne l'eventuale messa in atto	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
36	DOC	Prevenzione e monitoraggio di fenomeni di abuso e di maltrattamento dei residenti			Per maltrattamento agli anziani si intende un'azione singola o ripetuta, oppure l'assenza di un'azione adeguata, che causa danni o sofferenza a una persona anziana, nell'ambito di una relazione in cui c'è un'aspettativa di fiducia. Questo tipo di violenza costituisce una violazione dei diritti umani e include gli abusi di natura fisica, sessuale, psicologica, emotiva, economica e materiale, l'abbandono, l'incuria e le gravi forme di perdita di dignità e di rispetto. (Ministero della Salute, Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei ed internazionali 2014). Si può rispondere positivamente quando ci sono evidenze documentali che questo obiettivo è perseguito dall'organizzazione sanitaria. Le evidenze possono riguardare la gestione di casi (diari assistenziali), lo svolgimento di incontri (riunioni di equipe), indicazioni e linee di comportamento date dall'organizzazione.
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
37	DOC	Prevenzione e controllo dei comportamentali, psicologici e fisici di possibili maltrattamenti			Per segnali - comportamentali si intende: ritiro sociale; - psicologici: ansia, depressione, facilità al pianto - fisici: lividi, lesioni in diversi stadi di guarigione, segni traumatici in zone inusuali del corpo tipo dorso, glutei, cuoio capelluto, occhiali rotti, cadute frequenti. Si può rispondere positivamente quando ci sono evidenze documentali che questo obiettivo è perseguito dall'organizzazione sanitaria. Le evidenze possono riguardare la gestione di casi (diari assistenziali), lo svolgimento di incontri (riunioni di equipe), indicazioni e linee di comportamento date dall'organizzazione.
		· sì	☒		
		· no	☐		
Criterio 1.2.2 Rispetto della riservatezza, dell'anonimato e della non-diffusione dei dati sensibili					
38	DOC	Presenza di materiale per informare i residenti (se coscienti e capaci) della possibilità di decidere quali soggetti possono venire a conoscenza del soggiorno in RSA			È possibile rispondere positivamente anche quando la comunicazione della possibilità di decidere quali soggetti possono essere informati, è data nell'ambito della procedura informatizzata di accettazione.
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
39	OSS	Stanze di degenza con separazione visiva (parziale o totale) tra i posti letto			Prendere in considerazione il Nucleo di Soggiorno con il maggior numero di posti letto. Con separazione visiva si intende qualsiasi dispositivo – mobile o fisso – che impedisce la vista, parziale o totale, del letto accanto, favorendo la riservatezza (ad esempio una tenda, un séparé, ecc.). Non considerare nel calcolo le eventuali stanze singole. Si consideri che, dato l'orientamento a riprodurre il più possibile un contesto domestico per non medicalizzare gli ambienti, i presidi di separazione tendono a non essere usati pur rimanendo a disposizione in caso di necessità.
		· numero delle stanze con separazione visiva (parziale o totale) tra i posti letto	/ / / /		
		· numero totale delle stanze	/ 0 2 5 /		
Criterio 1.2.3 Impegno per la non-discriminazione culturale, etnica, religiosa					
40	DOC	Presenza di documentazione informativa multilingue - uno o più fogli informativi su servizi presenti nella struttura - Carta dei Servizi			La documentazione è considerata multilingue quando le informazioni sono tradotte in almeno un'altra lingua oltre all'italiano.
40.1		Uno o più fogli informativi sulla struttura			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		· NON PERTINENTE		☐	La risposta "NON PERTINENTE" può essere usata nei casi nei quali nel territorio di riferimento della struttura non c'è una presenza significativa di potenziale utenza straniera

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
40.2		Estratto della Carta dei Servizi			
		· sì	☐		
		· no	☐		
		· NON PERTINENTE		☒	La risposta "NON PERTINENTE" può essere usata nei casi nei quali nel territorio di riferimento della struttura non c'è una presenza significativa di potenziale utenza straniera
41	DOC	Possibilità per i residenti di scegliere menù speciali o di personalizzare il menù sulla base delle proprie convinzioni etiche e/o religiose			L'offerta di un pasto conforme alle convinzioni etiche o religiose del residente può essere realizzata sia tramite la presenza di menù speciali (ad es. menù islamico, menù vegetariano), sia tramite la possibilità di scegliere secondo le proprie convinzioni l'insieme dei cibi e delle bevande che costituiscono un pranzo completo. Tale personalizzazione non coincide necessariamente con la presenza di più opzioni di scelta tra primi e secondi, in quanto tali opzioni potrebbero comunque non essere compatibili con le esigenze del residente.
		· sì	☒		
		· no	☐		
42	DOC	Possibilità di assistenza religiosa per cattolici (disponibile nella RSA o a chiamata)			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
43	DOC	Presenza di una modalità definita per garantire l'assistenza religiosa per non cattolici			Per modalità definita si intende che la RSA si sia dotata di un'organizzazione interna strutturata in maniera formale volta a garantire l'assistenza religiosa per non cattolici (ad esempio: elenco con nominativi di Ministri di altri culti reperibili a chiamata, presenza di procedura specifica, ecc.)
		· sì	☒		
		· no	☐		
44	OSS	Presenza di Cappella cattolica e di altro locale dedicato alla pratica religiosa			
44.1		Cappella cattolica			
		· sì	☐		
		· no	☒		
44.2		Altro locale dedicato alla pratica religiosa			Si intende un locale dedicato a pratiche religiose (ad esempio sala di preghiera multi confessionale) e/ o alla meditazione o raccoglimento (ad esempio la "stanza del silenzio").
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
45	OSS	Presenza della Sala del commiato			La sala del commiato consiste in un locale di ampie dimensioni situata presso il quale può avvenire l'estremo saluto al defunto con cerimonie laiche preliminari alla chiesa (se il defunto era credente) prima della sepoltura. La sala del commiato non deve essere confusa con le Case Funerarie, che devono essere collocate al di fuori degli istituti di ricovero e cura e che devono di norma possedere specifiche dotazioni tecniche ed impiantistiche tali da poter garantire il rispetto delle norme igienico sanitarie durante lo svolgimento del periodo di osservazione della salma (ovvero prima dell'accertamento di morte da parte del medico necroscopo).
		· sì	☒		
		· no	☐		
Sotto-area 1.3 L'ingresso in RSA e la continuità delle cure					
Criterio 1.3.1 Accoglienza e gestione delle cure					
46	DOC	Presenza di uno o più documenti per la gestione dell'accoglienza dei residenti nei quali sono trattati i punti seguenti:			Si intende la presenza di uno o più documenti nei quali sono definite le modalità e i comportamenti da adottare per accogliere i residenti e costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra persona assistita e persona che assiste all'interno di una relazione di aiuto. Le attività previste possono essere svolte anche da figure differenti (operatori delle unità valutative territoriali, operatori delle RSA, ecc.)
46.1		· colloquio pre-ingresso con il residente e/o con i parenti per la visita della struttura e per la raccolta dei suoi dati.			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
46.2		· visita pre-ingresso a domicilio (o nel luogo dove si trova il residente) nei giorni che precedono l'ingresso in RSA, compatibilmente con i tempi di ingresso			
		· Sì	☐		
		· No	☒		
46.3		· accoglienza il giorno d'ingresso del residente in RSA			
		· sì	☒		
		· no	☐		
46.4		· raccolta delle preferenze del residente (es. interessi, attività di vita, ecc.)			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	Nei casi in cui la tipologia dei residenti non permette tali opportunità di scelta
46.5		· informazione al residente, intesa alla verità del nuovo percorso di vita in accordo con la famiglia			Con questo item si intende accertare se vengono fornite specifiche informazioni alla persona sul suo nuovo percorso di vita senza generare false aspettative
		· sì	☒		
		· no	☐		
46.6		· orientamento e osservazione del residente nel primo periodo di soggiorno			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
47	DOC	Possibilità di assistenza per l'accompagnamento e trasporto verso ospedali, ambulatori per l'esecuzione di prestazioni sanitarie programmate (senza la necessità d'intervento dei familiari)			
		· sì	☐		
		· no	☒		
Criterio 1.3.2 Continuità del percorso assistenziale nella rete dei servizi					
48	DOC	Possibilità di ricoveri a carattere temporaneo			
48.1		per riabilitazione dopo evento patologico acuto qualora ci sia un potenziale riabilitativo			Si intendono coloro che hanno completato l'iter diagnostico-terapeutico ospedaliero e che necessitano di interventi di carattere socio/sanitario in regime assistenziale residenziale (RSA).
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE			Si intende che tale aspetto non è previsto dalla normativa regionale.
48.2		per stabilizzazione clinica dopo evento acuto			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE			Si intende che tale aspetto non è previsto dalla normativa regionale.
48.3		per la procedura relativa all'accoglienza di residenti anziani in fase terminale di vita qualora non sia possibile il ricovero in hospice			
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE			Si intende che tale aspetto non è previsto dalla normativa regionale.

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
49	DOC	Presenza di procedura operativa finalizzata a garantire la continuità assistenziale nella fase di ingresso in RSA da altro setting assistenziale (ospedale, assistenza domiciliare - ADI, ecc.)		X	Di seguito, si intende accertare la presenza di procedure che hanno il fine di assicurare la continuità assistenziale a favore dei residenti anziani e/o fragili, nei passaggi tra i diversi servizi assistenziali, al fine di evitare difficoltà ed interruzioni dei processi di cura ed assistenza nei confronti di utenti multiproblematici e non autosufficienti.
49.1		· per i residenti provenienti dall'ospedale			Si intendono coloro che hanno completato l'iter diagnostico-terapeutico ospedaliero e che necessitano di interventi di carattere socio/sanitario in regime assistenziale residenziale (RSA).
		· sì	☒		
		· No	☐		
49.2		· per i residenti provenienti dall'ADI		X	
		· sì	☐		
		· no	☐		
49.3		· per i residenti provenienti da altri setting assistenziali			
		· sì (specificare)	☐		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☒	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
50	DOC	Presenza di report di verifica circa l'applicazione della procedura operativa finalizzata a garantire la continuità assistenziale nella fase di ingresso in RSA da altro setting assistenziale (ospedale, assistenza domiciliare - ADI, ecc.)		X	Con questo item si intende accertare se, da parte della RSA (o anche da parte della azienda sanitaria territorialmente competente), ci sia un'attività di verifica dell'attuazione della procedura richiesta al punto precedente e che questa sia illustrata in una relazione/rapporto/verbale prodotto periodicamente. In genere, quest'attività di verifica è attuata tramite la rilevazione di indicatori previsti al momento della redazione della procedura stessa. Il report deve essere redatto da non più di 18 mesi.
50.1		· per la procedura relativa ai residenti provenienti dall'ospedale			Si intendono coloro che hanno completato l'iter diagnostico-terapeutico ospedaliero e che necessitano di interventi di carattere socio/sanitario in regime assistenziale residenziale (RSA)
		· sì	☒		
		· no	☐		
50.2		· per la procedura relativa ai residenti provenienti dall'ADI			
		· sì	☐		
		· no	☒		
50.3		· per la procedura relativa i residenti provenienti da altri setting assistenziali			
		· sì (specificare)	☐		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☒	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
51	DOC	Presenza di procedura operativa finalizzata a garantire la continuità assistenziale nella fase di dimissione dalla RSA ad altro setting assistenziale (ospedale, assistenza domiciliare, altra struttura)			
51.1		· per i residenti che si devono ricoverare in ospedale			
		· sì	☒		
		· no	☒		
51.2		· per i residenti dimessi in ADI			
		· sì	☐		
		· no	☐		
51.3		· per i residenti dimessi in altri setting assistenziali			
		· sì	☐		
		· sì	☐		
		NON PERTINENTE		☒	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
52	DOC	Presenza di report di verifica circa l'applicazione della procedura operativa finalizzata a garantire la continuità assistenziale nella fase di dimissione dalla RSA ad altro setting assistenziale (ospedale, assistenza domiciliare - ADI, ecc.)			Con questo item si intende accertare se, da parte della RSA (o anche da parte della azienda sanitaria territorialmente competente), ci sia un'attività di verifica dell'attuazione della procedura richiesta al punto precedente e che questa sia illustrata in una relazione/rapporto/verbale prodotto periodicamente. In genere, quest'attività di verifica è attuata tramite la rilevazione di indicatori previsti al momento della redazione della procedura stessa. Il report deve essere redatto da non più di 18 mesi
52.1		· per la procedura relativa ai residenti che si devono ricoverare in ospedale			Si intendono coloro che hanno completato l'iter diagnostico-terapeutico ospedaliero e che necessitano di interventi di carattere socio/sanitario in regime assistenziale residenziale (RSA)
		· sì	☒		
		· no	☐		
52.2		· per per la procedura relativa ai residenti che dimessi in ADI			
		· sì	☒		
		· no	☐		
52.3		· per la procedura relativa ai residenti dimessi in altri setting assistenziali			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Sotto-area 1.4 Tutela dei livelli di autonomia e mantenimento degli interessi personali					
Criterio 1.4.1 Autonomia					
53	DOC	Presenza del Piano Assistenziale Individuale - PAI con la valutazione delle seguenti aree			
53.1		area clinico - sanitaria			
		· sì	☒		
		· no	☐		
53.2		area infermieristica e socio - sanitaria			
		· sì	☒		
		· no	☐		
53.3		area riabilitativa			
		· sì	☒		
		· no	☐		
53.4		area sociale			
		· sì	☒		
		· no	☐		
54	DOC	Redazione del PAI con			Per rispondere positivamente è necessario verificare almeno 3 PAI scelti casualmente e avere evidenza delle riunioni
54.1		riunione iniziale della equipe multidisciplinare con la famiglia			
		· sì	☐		
		· no	☒		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
54.2		riunioni periodiche della equipe (almeno due ogni sei mesi)			
		· sì	☒		
		· no	☐		
54.3		riunioni periodiche della equipe con la famiglia (almeno ogni 6 mesi)			
		· sì	☒		
		· no	☐		
55	DOC	Messa a punto del Progetto Assistenziale Individuale con valutazione della autosufficienza/non autosufficienza del residente rispetto a:			
55.1		l'igiene			
		· sì	☒		
		· no	☐		
55.2		l'alimentazione			
		· sì	☒		
		· no	☐		
55.3		l'abbigliamento			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
55.4		la mobilità dal letto			
		· sì	☒		
		· no	☐		
55.5		la deambulazione			
		· sì	☒		
		· no	☐		
55.6		l'uso del WC			
		· sì	☒		
		· no	☐		
56	DOC	Personalizzazione dell'assistenza secondo i livelli di autosufficienza/non autosufficienza del residente nelle seguenti aree			Si intende la definizione dell'atteggiamento con il quale l'operatore deve assistere il residente rispettando il suo livello di autonomia (es. l'operatore sorveglia, sollecita e talvolta aiuta il residente nello svolgere alcune operazioni inerenti all'abbigliamento in quanto ritiene che a residente sia sufficiente uno stimolo verbale od un aiuto marginale e/o occasionale per fargliela svolgere; in assenza dell'aiuto, l'attività viene svolta dal residente ma in modo non congruo o parzialmente.
56.1		igiene			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
56.2		alimentazione			
		· sì	☒		
		· no	☐		
56.3		abbigliamento			
		· sì	☒		
		· no	☐		
56.4		deambulazione			
		· sì	☒		
		· no	☐		
56.5		mobilità dal letto			
		· sì	☒		
		· no	☐		
56.6		uso wc			
		· sì	☒		
		· no	☐		
57	DOC	Presenza delle seguenti figure professionali			
57.1		fisioterapista			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
57.2		logopedista			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	
57.3		terapista occupazionale			La terapia occupazionale è una disciplina riabilitativa che ha l'obiettivo di facilitare le persone con disabilità nel raggiungimento del massimo livello di autonomia nelle attività della vita quotidiana e quindi di migliorarne la qualità della vita dentro e fuori le mura domestiche.
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	
57.4		podologo			
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE		☐	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
57.5		educatore professionale			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	
57.6		dietista			
		· sì	☒		
		· No	☐		
		NON PERTINENTE		☐	
57.7		assistente sociale			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	
57.8		altre figure professionali			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
58	DOC/OSS	Presenza di attività di ginnastica e giochi ludicomotori			
		· sì	☒		
		· no	☐		
59	DOC/OSS	Svolgimento di Laboratori			I laboratori (con due o più partecipanti) sono momenti di terapia occupazionale dedicati ad attività domestiche (cucina, pulizie domestiche, organizzazione della spesa, ecc.), espressive (musica, pittura, ceramica, ecc.), alle autonomie esterne (prendere mezzi pubblici, organizzare tragitti, ortogiardinoterapia, ecc.) all'autonomie personali (igiene e cura della persona, strategie per vestirsi e utilizzare le posate, ecc.). Per rispondere positivamente le attività devono essere in corso. I progetti/ attività possono essere realizzati dalla struttura oppure in partnership con associazioni, cooperative, enti, nell'ambito di specifici accordi scritti.
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
60	DOC	Presenza di attività di terapia assistita con animali (TAA)			Si intende l'organizzazione nella RSA di attività di Terapia Assistita con Animali (TAA). Le attività possono essere realizzate dalla struttura oppure in partnership con associazioni, cooperative, enti, nell'ambito di specifici accordi scritti. Le Terapie Assistite dagli Animali (TAA), note con il termine "Pet Therapy", rappresentano un metodo terapeutico globale che attraverso attività ludico-ricreative e la relazione guidata con gli animali, stimolano i livelli motori, psichici e relazionali della persona rendendola protagonista del proprio processo evolutivo e riabilitativo.
		· sì, tali attività rientrano in un programma in tale settore avviato da più di 12 mesi	☐		
		· sì, tali attività rientrano in un programma in tale settore avviato negli ultimi 12 mesi	☐		
		· sì, tali attività sono stati realizzati negli ultimi 12 mesi, ma non rientrano un programma specifico	☐		
		· no	☒		
61	DOC	Presenza di procedure per la prescrizione degli ausili e per l'utilizzo di ausili già in uso presso il proprio domicilio			
61.1		procedura per la prescrizione di ausili			
		· sì	☒		
		· no	☐		
61.2		procedura per portare in RSA un ausilio già utilizzato presso il proprio domicilio			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
62	DOC	Presenza di materassi antidecubito di proprietà della struttura			
		· sì, disponibili per tutti i residenti allettati	☒		
		· sì, disponibili in numero almeno pari al 50% dei posti letto autorizzati	☐		
		· sì, ma disponibili in numero inferiore al 49% dei posti letto autorizzati	☐		
		· no	☐		
63	DOC	Presenza di carrozzine di proprietà pari al 10% dei posti letto autorizzati			
		· sì	☒		
		· no	☐		
Criterio 1.4.2. Attività per favorire la socialità, la continuità con il mondo esterno e l'integrazione con il territorio					
64	DOC	Presenza di attività per promuovere l'RSA come luogo aperto			Si intende l'organizzazione nella RSA di iniziative aperte al pubblico (es. concerti, spettacoli teatrali, feste, ecc.). I progetti/ attività possono essere realizzati dalla struttura oppure in partnership con associazioni, cooperative, enti, nell'ambito di specifici accordi scritti.
		· sì, tali attività rientrano in un programma in tale settore avviato da più di 12 mesi	☐		
		· sì, tali attività rientrano in un programma in tale settore avviato negli ultimi 12 mesi	☐		
		· sì, tali attività sono stati realizzati negli ultimi 12 mesi, ma non rientrano un programma specifico	☐		
		· no	☒		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
65	DOC	Presenza di attività di apertura verso il territorio			Si intende l'organizzazione di visite guidate, gite, scambi culturali, spesa al mercato, aperitivo al bar, ecc.). I progetti/ attività possono essere realizzati dalla struttura oppure in partnership con associazioni, cooperative, enti, nell'ambito di specifici accordi scritti.
		· sì, tali progetti/ attività rientrano in un programma in tale settore avviato da più di 12 mesi	☐		
		· sì, tali progetti/ attività rientrano in un programma in tale settore avviato negli ultimi 12 mesi	☐		
		· sì, tali progetti/ attività sono stati realizzati negli ultimi 12 mesi, ma non rientrano in un programma specifico	☐		
		· no	☒		
66	DOC	Possibilità di usufruire di un servizio di trasporto dedicato a richiesta della persona con pulmino o auto della struttura, adattato anche per le persone con disabilità			Il servizio deve essere gratuito
		· sì, sia per le attività di gruppo sia per uscite di una singola persona ospite	☐		
		· sì, ma solo per le uscite di gruppo	☐		
		· no	☒		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
67	DOC/OSS	Orario di visita della RSA: nucleo bassa intensità assistenziale			Le persone accolte nelle RSA sono ospitate in nuclei residenziali abitativi, organizzati in stanze con uno o più letti. Il nucleo è uno spazio architettonico delimitato e definito, nell'ambito del quale viene organizzata un'area abitativa attrezzata di servizi e spazi funzionali alle necessità quotidiane del residente. <u>Le osservazioni seguenti devono essere quindi compiute in 2 nuclei residenziali della RSA, in particolare in 1 nucleo residenziale a bassa intensità assistenziale e in 1 nucleo a media intensità assistenziali della RSA. Se presenti più nuclei della stessa intensità assistenziale, individuare il nucleo tramite sorteggio.</u>
		NON PERTINENTE: non è presente un nucleo a bassa intensità assistenziale		X	
67.1		giorni feriali			
		· oltre 8 ore			
		· da 6 a 8 ore	☐		
		· da 4 a 6 ore	☐		
		· inferiore a 4 ore	☐		
67.2		giorni festivi			
		· oltre 8 ore			
		· da 6 a 8 ore	☐		
		· da 4 a 6 ore	☐		
		· inferiore a 4 ore	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
68	DOC/OSS	Orario di visita della RSA: nucleo media intensità assistenziale			Le persone accolte nelle RSA sono ospitate in nuclei residenziali abitativi, organizzati in stanze con uno o più letti. Il nucleo è uno spazio architettonico delimitato e definito, nell'ambito del quale viene organizzata un'area abitativa attrezzata di servizi e spazi funzionali alle necessità quotidiane del residente. <u>Le osservazioni seguenti devono essere quindi compiute in 2 nuclei residenziali della RSA, in particolare in 1 nucleo residenziale a bassa intensità assistenziale e in 1 nucleo a media intensità assistenziali della RSA. Se presenti più nuclei della stessa intensità assistenziale, individuare il nucleo tramite sorteggio.</u>
		NON PERTINENTE: non è presente un nucleo a bassa intensità assistenziale		X	
68.1		giorni feriali			
		· oltre 8 ore			
		· da 6 a 8 ore	☐		
		· da 4 a 6 ore	☐		
		· inferiore a 4 ore	☐		
68.2		giorni festivi			
		· oltre 8 ore			
		· da 6 a 8 ore	☐		
		· da 4 a 6 ore	☐		
		· inferiore a 4 ore	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Area 2. Accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi					
Sotto-Area 2.1 Accessibilità fisica					
Criterio 2.1.1 Eliminazione delle barriere architettoniche e sensoriali					
69	OSS	Presenza di almeno un percorso accessibile dall'esterno per disabili motori dall'esterno verso l'interno della struttura			Si intende che ci sia almeno un percorso di accesso al servizio dall'esterno dell'edificio privo di ostacoli fisici (barriere architettoniche quali - ad esempio - gradini, porte e ascensori non sufficientemente larghi per il passaggio di carrozzella, ecc.) che sono fonte di disagio per la mobilità di chiunque ed in particolare di coloro che, per qualsiasi causa, hanno una capacità motoria ridotta o impedita in forma permanente o temporanea.
		· sì	☒		
		· no	☐		
70	OSS	Presenza di accorgimenti che consentono ai non vedenti e ipovedenti l'accesso alla struttura			Si intende la presenza di accorgimenti e segnalazioni che permettono l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque, ed in particolare per i non vedenti e gli ipovedenti nell'accesso ai servizi (quali ad esempio mappe tattili in braille con piante dei vari edifici, piste tattili indicanti le direzioni all'ingresso dell'ospedale, segnaletica all'interno degli ascensori, ecc.).
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
71	DOC	Presenza di un Piano di eliminazione delle barriere fisiche e sensoriali			Il Piano si intende presente quando si riferisce al periodo di osservazione corrente, oppure quando si è concluso, da non più di 12 mesi, con l'effettuazione, documentata da Report conclusivo, degli interventi previsti.
71.1		piano di eliminazione delle barriere fisiche			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: nella struttura sono già stati effettuati interventi di eliminazione di tutte le barriere fisiche da più di 12 mesi, con report conclusivo attestante le eliminazioni - oppure: la struttura è di recente costruzione e priva di barriere		☐	Verificare evidenza documentale del report
71.2		piano di eliminazione delle barriere sensoriali			Per barriere sensoriali si intende la mancanza d'accorgimenti e segnalazioni che permettano l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque e in particolare per i non vedenti, per gli ipovedenti e per i sordi.
		· sì, per tutti i tipi di barriere sensoriali	☒		
		· sì, ma solo per alcuni tipi di barriere sensoriali	☐		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: nella struttura sono già stati effettuati interventi di eliminazione di tutte le barriere sensoriali da più di 12 mesi, con report conclusivo attestante le eliminazioni – oppure: la struttura è di recente costruzione e priva di barriere		☐	Verificare evidenza documentale del report

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Criterio 2.1.2 Accessibilità e percorsi protetti (parcheggi, collegamenti, mezzi di trasporto dedicati e collegamenti tra struttura e					
72	OSS	Presenza di parcheggio fruibile per il pubblico che accede alla struttura			Il parcheggio può essere: - interno al perimetro della struttura di ricovero; - adiacente alla struttura - nelle immediate vicinanze (max 100 metri dall'ingresso del perimetro ospedaliero). Nel calcolare i posti auto comprendere anche quelli per disabili. Nel presente item ci si riferisce sia a parcheggi gratuiti sia a parcheggi a pagamento.
		· sì, con 2 o più posti auto per posto letto	☐		
		· sì, con meno di 2 posti auto per posto letto	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: la struttura insiste su un territorio in cui è impossibile la circolazione degli autoveicoli (ad esempio la città di Venezia)		☐	
73	OSS	Presenza di un'area dedicata al parcheggio di cicli e/o motocicli			L'area deve essere segnalata ed identificabile. L'area può essere: - interna al perimetro della struttura di ricovero; - adiacente alla struttura - nelle immediate vicinanze (max 100 metri dall'ingresso del perimetro ospedaliero). Nel presente item ci si riferisce sia a parcheggi gratuiti sia a parcheggi a pagamento.
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE: la struttura insiste su un territorio in cui è impossibile la circolazione dei motocicli (ad esempio la città di Venezia)		☐	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
74	OSS	Presenza di posti auto riservati ai disabili che accedono alla struttura			Nel presente item ci si riferisce sia a parcheggi gratuiti sia a parcheggi a pagamento.
		· sì, presenti sia all'interno del perimetro della struttura, che presenti in parcheggio adiacente alla struttura o nelle immediate vicinanze (max 100 metri dall'ingresso del perimetro della struttura)	☒		
		· sì, presenti solo all'interno del perimetro della struttura	☐		
		· sì, presenti solo nel parcheggio adiacente alla struttura o nelle immediate vicinanze (max 100 metri dall'ingresso del perimetro della struttura)	☐		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: la struttura insiste su un territorio in cui è impossibile la circolazione degli autoveicoli (ad esempio la città di Venezia)		☐	
75	OSS	Presenza di una o più linee di mezzi pubblici che raggiungono la struttura			
		· sì	☐		
		· no	☒		
76	OSS	Presenza di stazione taxi in prossimità della struttura oppure presenza di un sistema predisposto di chiamata per servizio taxi o di altri accorgimenti per agevolare la chiamata di taxi			Con "in prossimità" si intende nel raggio di 200 metri dall'ingresso principale. Il sistema predisposto di chiamata o gli altri accorgimenti si intendono presenti quando attivi/ disponibili nel corso delle 24 ore. Per "altri accorgimenti" si intende, ad esempio, la presenza di appositi cartelli presso l'ingresso principale con i numeri di telefonici di uno o più servizi taxi, o la possibilità di chiamare/ far chiamare un taxi presso il punto informazioni.
		· sì	☐		
		· no	☒		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
77	OSS	Possibilità di far scendere dal mezzo proprio gli utenti con difficoltà di deambulazione davanti all'ingresso principale della struttura			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: la struttura insiste su un territorio in cui è impossibile la circolazione degli autoveicoli (ad esempio la città di Venezia)		☐	
78	OSS	Presenza nell'atrio principale di uno o più pannelli aggiornati che indicano l'ubicazione dei servizi e degli ambienti della RSA			L'ubicazione si intende fornita quando nel pannello sono indicati edificio/ scala/ piano e/ o la direzione da percorrere. Per "aggiornato" si intende che i servizi descritti nel pannello corrispondono a quelli realmente esistenti al momento dell'osservazione. Si può barrare il "sì" solo se il riscontro è positivo.
		· sì	☒		
		· no	☐		
79	OSS	Segnaletica interna di orientamento per evidenziare i percorsi che contraddistinguono le diverse aree di destinazione			Possono essere adottate diverse soluzioni, quali: percorsi colore, totem digitali, simboli, ecc.
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Sotto-Area 2.2 Nuclei residenziali a misura d'uomo e comfort generale della Struttura					
Criterio 2.2.1 Dotazione e caratteristiche dei nuclei residenziali					
80		Nucleo residenziale a bassa intensità assistenziale			Le persone accolte nelle RSA sono ospitate in nuclei residenziali abitativi, organizzati in stanze con uno o più letti. Il nucleo è uno spazio architettonico delimitato e definito, nell'ambito del quale viene organizzata un'area abitativa attrezzata di servizi e spazi funzionali alle necessità quotidiane del residente. <u>Le osservazioni seguenti devono essere quindi compiute in 2 nuclei residenziali della RSA, in particolare in 1 nucleo residenziale a bassa intensità assistenziale e in 1 nucleo a media intensità assistenziale della RSA. Se presenti più nuclei della stessa intensità assistenziale, individuare il nucleo tramite sorteggio.</u>
		· sì	☐		
		· non è presente un nucleo residenziale a bassa intensità assistenziale	☒		
81	OSS	Fruizione individuale di televisione nelle stanze di degenza			Per fruizione individuale si intende la presenza di un televisore per ciascun posto letto e, nel caso di stanze di degenza con più posti letto, di ausili (cuffiette) per l'ascolto individuale. L'uso del televisore può essere a pagamento.
		· sì	☒		
		· no	☐		
82	OSS	Stanze di degenza con sistema di climatizzazione			
		· numero delle stanze di degenza con sistema di climatizzazione	/ 0 2 / 5 /		
		· numero totale delle stanze di degenza	/ 0 2 5 /		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
83	OSS	Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni			Con "interni" si intendono i servizi igienici che - collocati all'interno della stanza – sono ad esclusivo uso dei residenti ricoverati ed ai quali è possibile accedere solo dall'interno della stanza stessa.
		· sì	☒		
		· no	☐		
84	OSS	Presenza di un locale palestra			Il locale può essere in comune per i residenti di più nuclei residenziali
		· sì	☒		
		· no	☐		
85	OSS	Presenza di una tisaneria/cucinetta per la preparazione estemporanea di spuntini, infusi, ecc.			S'intende un locale dotato di piccolo frigorifero, bollitore, ecc. ad uso dei residenti e dei loro parenti, amici.
		· sì	☐		
		· no	☒		
86	OSS	Presenza di locale attività pedagogica-educativa, addestramento professionale, attività occupazionali			Il locale può essere in comune per i residenti di più nuclei residenziali
		· sì	☒		
		· no	☐		
87	OSS	Presenza di locale soggiorno			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
88	OSS	Presenza di locale pranzo			Il locale può essere in comune per i residenti di più nuclei residenziali
		· sì	☐		
		· no	☒		
89		Nucleo residenziale a media intensità assistenziale			Le persone accolte nelle RSA sono ospitate in nuclei residenziali abitativi, organizzati in stanze con uno o più letti. Il nucleo è uno spazio architettonico delimitato e definito, nell'ambito del quale viene organizzata un'area abitativa attrezzata di servizi e spazi funzionali alle necessità quotidiane del residente. <u>Le osservazioni seguenti devono essere quindi compiute in 2 nuclei residenziali della RSA, in particolare in 1 nucleo residenziale a bassa intensità assistenziale e in 1 nucleo a media intensità assistenziali della RSA. Se presenti più nuclei della stessa intensità assistenziale, individuare il nucleo tramite sorteggio.</u>
		· sì	☐		
		· non è presente un nucleo residenziale a media intensità assistenziale	☐		
90	OSS	Fruizione individuale di televisione nelle stanze di degenza			Per fruizione individuale si intende la presenza di un televisore per ciascun posto letto e, nel caso di stanze di degenza con più posti letto, di ausili (cuffiette) per l'ascolto individuale. L'uso del televisore può essere a pagamento.
		· sì	☒		
		· no	☐		
91	OSS	Stanze di degenza con sistema di climatizzazione			
		· numero delle stanze di degenza con sistema di climatizzazione	/ 0 2 5 /		
		· numero totale delle stanze di degenza	/ 0 2 5 /		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
92	OSS	Stanze di degenza dotate di servizi igienici interni			Con "interni" si intendono i servizi igienici che - collocati all'interno della stanza - sono ad esclusivo uso dei residenti ricoverati ed ai quali è possibile accedere solo dall'interno della stanza stessa.
		· sì	☒		
		· no	☐		
93	OSS	Presenza di un locale palestra			Il locale può essere in comune per i residenti di più nuclei residenziali
		· sì	☒		
		· no	☐		
94	OSS	Presenza di una tisaneria/cucinetta per la preparazione estemporanea di spuntini, infusi, ecc.			S'intende un locale dotato di piccolo frigorifero, bollitore ad uso dei residenti e dei loro parenti, amici.
		· sì	☒		
		· no	☐		
95	OSS	Presenza di locale attività pedagogica-educativa, addestramento professionale, attività occupazionali			Il locale può essere in comune per i residenti di più nuclei residenziali
		· sì	☒		
		· no	☐		
96	OSS	Presenza di locale soggiorno			
		· sì	☒		
		· no	☐		
97	OSS	Presenza di locale pranzo			Il locale può essere in comune per i residenti di più nuclei residenziali
		· sì	☐		
		· no	☒		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Criterio 2.2.2 Comfort alberghiero					
98	DOC	Possibilità di scelta nel menu tra due o più opzioni, per i residenti a dieta libera			
		· sì	☒		
		· no	☐		
99	DOC/OSS	Orario della distribuzione della colazione			
		· dalle 7:00 in poi	☒		
		· prima delle 7:00	☐		
100	DOC/OSS	Orario della distribuzione del pranzo			
		· dalle 12:00 in poi	☒		
		· prima delle 12:00	☐		
101	DOC/OSS	Orario della distribuzione della cena			
		· dalle 19:00 in poi	☒		
		· prima delle 19:00	☐		
102	DOC	Possibilità di interventi straordinari di pulizia nel caso in cui un residente e/ o un operatore sanitario lo richiedano			
		· sì	☒		
		· no	☐		
103	OSS	Affissione di tabelle di registrazione degli interventi giornalieri di pulizia dei bagni con nominativo/ codice dell'operatore ed orario nei servizi igienici ad uso dei visitatori			
		· sì	☐		
		· no	☒		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Criterio 2.2.3 Comfort dei servizi comuni					
104	DOC/OSS	Possibilità, per i residenti/residenti e i loro familiari, di acquistare/usufruire giornali e riviste			Tale possibilità può essere assicurata, oltre che dalla presenza di edicola/ punto vendita all'interno della struttura, anche da altre soluzioni organizzative (quali ad esempio la prenotazione di riviste al servizio Bar, acquisto diretto all'interno del reparto, offerta gratuita da parte della struttura, ecc.)
		· sì	☐		
		· no	☒		
105	OSS	Possibilità, per i residenti/residenti e i loro familiari, di acquistare accessori essenziali per la cura della persona			Ad esempio: sapone, spazzolini, dentifricio, assorbenti, ecc.
		· sì	☐		
		· no	☒		
106	DOC/OSS	Presenza di un servizio deposito valori per i residenti			
		· sì	☐		
		· sì, ma solo in alcuni reparti o situazioni particolari	☐		
		· no	☒		
107	DOC/OSS	Presenza di barbiere/ parrucchiere/pedicure-manicure disponibile nella struttura o a chiamata			Si intende la possibilità per i residenti di usufruire di un barbiere/parrucchiere con il quale esiste un accordo con la struttura e la cui presenza può essere programmata (per esempio per alcune ore al giorno o in alcuni giorni) o essere richiesta a necessità.
		tutte le figure	☐		
		almeno 1	☒		Se c'è un solo professionista che è sia barbiere che parrucchiere, barrare questa modalità di risposta
		nessuna	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
108	OSS	Presenza di bar / distributori automatici di bevande e alimenti			
		· sì	☐		
		· sì, solo distributori automatici	☒		
		· no	☐		
109	OSS	Possibilità di usufruire del servizio di lavanderia			
		· sì	☒		
		· no	☐		
110	OSS	Possibilità di usufruire di un servizio di segretariato			Si intende un servizio deputato al disbrigo di piccole pratiche (prenotazione visite UVG, riconoscimento di invalidità, richiesta farmaci e presidi sanitari, prenotazione esami, visite mediche e ricoveri, pratiche per la pensione).
		· sì	☐		
		· no	☒		
111	OSS	Presenza di biblioteca/ angolo lettura con libri e riviste accessibile gratuitamente a residenti e familiari			Si intende collocato in uno spazio dedicato e non nel locale soggiorno
		· sì	☐		
		· no	☒		
112	OSS	Presenza di un'area verde/ giardino con panchine accessibile a residenti e familiari			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
113	OSS	Presenza di spazi attrezzati per le relazioni intergenerazionali			Si intende la presenza di uno o più spazi attrezzati area giochi, spazio per l'allattamento e il cambio dei neonati in visita ai nonni, ecc. volti a favorire l'incontro dei residenti con i loro figli e nipoti.
		· sì	☒		
		· no	☐		
114	DOC/OSS	Presenza del divieto di entrata ai minori di 12 anni			
		· sì	☒		
		· no	☐		
115	OSS	Possibilità di garantire un ambiente riservato e ad uso esclusivo del nucleo familiare del defunto (sala dolenti) per almeno 2 o 3 defunti contemporaneamente			La sala deve disporre di sedie o poltroncine
		· sì	☐		
		· no	☒		
Area 3. Accesso alle informazioni, semplificazione					
Sotto-Area 3.1 Informazioni e trasparenza					
Criterio 3.1.1 Informazioni generali					
116	DOC/OSS	Presenza di un numero telefonico della RSA per l'informazione al pubblico			
		· sì	☒		
		· no	☐		
117	DOC/OSS	Presenza di uno o più strumenti informativi sull'informazione sulla tipologia dei posti letto offerti, sui rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale, sul costo della retta, sulla quota di retta a carico del residente/Comune, sui servizi compresi nella retta			Tra gli strumenti informativi non deve essere preso in considerazione l'eventuale sito web della RSA (cfr. criterio 3.2.1)

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
117.1		tipologia dei posti letto offerti			Si intende la descrizione dell'utenza alla quale sono destinati i posti letto
		· sì	☒		
		· no	☐		
117.2		rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale			Si intende l'informazione circa la presenza di posti letto autorizzati e di posti letto accreditati con la Regione/Provincia Autonoma. L'informazione deve essere contenuta in depliant informativi presenti presso il punto di accoglienza oppure espletata nella cartellonistica visibile all'ingresso: residenza sanitaria assistenziale accreditata"; residenza sanitaria assistenziale autorizzata. Per le strutture a gestione diretta, si intende l'informazione che la struttura è gestita direttamente dal Servizio Sanitario Regionale
		· sì	☒		
		· no	☐		
117.3		costo della retta			Si intende la retta eventualmente a carico del residente.
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE			Non è prevista la quota a carico del residente
118	OSS	Presenza di uno o più strumenti informativi sugli orari di ricevimento del responsabile amministrativo			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
119	OSS	Presenza di uno o più strumenti informativi sugli orari di ricevimento dell'URP			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE			
Criterio 3.1.2 Informazioni e trasparenza sulle procedure di accesso					
120	DOC	Presenza di uno o più strumenti informativi sulle modalità di accesso alla RSA:			Tra gli strumenti informativi non deve essere preso in considerazione l'eventuale sito web della RSA (già trattato dal criterio 3.2.1)
120.1		modalità per presentare la domanda di ammissione			
		· sì	☒		
		· no	☐		
120.2		criteri di accoglimento delle domande			
		· sì	☒		
		· no	☐		
120.3		formazione delle liste di attesa			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
121	DOC	Possibilità di avere informazioni sulla propria posizione per coloro che sono in lista di attesa			Si può barrare la risposta positiva anche se l'informazione è disponibile solo su richiesta oppure se è disponibile solo per il medico di medicina generale dell'interessato
		· sì	☒		
		· sì, solo richiedendole agli uffici di competenza dell'Azienda Sanitaria			
		· no	☐		
122	DOC	Presenza di un documento da sottoscrivere al momento dell'ingresso nella struttura che contiene e/o disciplina i seguenti aspetti: modalità di ammissione e di dimissione, modalità e tempi di mantenimento del posto in caso di ricovero ospedaliero, prestazioni di carattere sanitario e modalità di erogazione, prestazioni di natura alberghiera, altre prestazioni alberghiere e/o di servizio alla persona non incluse nella tariffa residenziale e pertanto a totale carico del residente, assegnazione delle camere, organizzazione del personale, modalità di pagamento, cauzione			Si tratta del documento che, di norma viene fatto firmare al momento dell' ingresso in RSA ed è lo strumento fondamentale per definire e rendere trasparenti i rapporti ed i reciproci, diritti/doveri fra le strutture residenziali socio-sanitarie, gli utenti, i loro familiari e/o chi li rappresenta.. <u>Esaminare il testo del documento utilizzato per coloro che entrano nella RSA in convenzione, vale a dire con la retta pagata dal SSN e con la totale o parziale integrazione della retta da parte del soggetto gestore della funzione socio-assistenziale.</u>

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
122.1		modalità di ammissione e di dimissione			
		· sì , conforme con quanto previsto dalle norme regionali	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	Si intende che la presenza di questo aspetto nel documento da firmare non è previsto dalla normativa regionale
122.2		modalità e tempi di mantenimento del posto in caso di ricovero ospedaliero			
		· sì , conforme con quanto previsto dalle norme regionali	☒		
		· no	☐		
		· NON PERTINENTE		☐	Si intende che la presenza di questo aspetto nel documento da firmare non è previsto dalla normativa regionale
122.3		prestazioni di carattere sanitario e modalità di erogazione			
		· sì ed è conforme con quanto previsto dalle norme regionali	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	Si intende che la presenza di questo aspetto nel documento da firmare non è previsto dalla normativa regionale.
122.4		prestazioni di natura alberghiera			
		· sì ed è conforme con quanto previsto dalle norme regionali	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE		☐	Si intende che la presenza di questo aspetto nel documento da firmare non è previsto dalla normativa regionale.

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
122.5		altre prestazioni di natura alberghiera e/o servizi alla persona non inclusi nella retta e quindi a totale carico del residente			
		· sì ed è conforme con quanto previsto dalle norme regionali	☐		
		· no	☒		
		· NON PERTINENTE		☐	Si intende che la presenza di questo aspetto nel documento da firmare non è previsto dalla normativa regionale
122.6		modalità di assegnazione della camera			Deve essere previsto e disciplinato anche l'eventuale spostamento di camera
		· sì ed è conforme con quanto previsto dalle norme regionali	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	Si intende che la presenza di questo aspetto nel documento da firmare non è previsto dalla normativa regionale.
122.7		organizzazione del personale			Devono essere descritte le figure professionali presenti e i loro relativi compiti.
		· sì ed è conforme con quanto previsto dalle norme regionali	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	Si intende che la presenza di questo aspetto nel documento da firmare non è previsto dalla normativa regionale.
122.8		modalità di pagamento			
		· sì ed è conforme con quanto previsto dalle norme regionali	☐		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☒	Si intende che la presenza di questo aspetto nel documento da firmare non è previsto dalla normativa regionale.

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
122.9		cauzione			
		· sì ed è conforme con quanto previsto dalle norme regionali	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE		☒	Si intende che la presenza di questo aspetto nel documento da firmare non è previsto dalla normativa regionale.
Sotto-Area 3.2 Agevolazione dell'accesso alle informazioni					
Criterio 3.2.1 Accesso alla documentazione sanitaria e alla conoscenza della situazione assistenziale della persona					
123	DOC	Possibilità di ricevere a domicilio la cartella clinica, di consultarla on line ed effettuare il download			Si intende per i residenti dimessi.
123.1		ricevere a domicilio			
		· sì	☐		
		· no	☒		
123.2		consultare on line ed effettuare il download			La modalità di conoscibilità della cartella clinica "on line" può realizzarsi tramite la ricezione della stessa presso la casella di posta elettronica dell'interessato, oppure tramite il collegamento al sito Internet della RSA, al fine di effettuare il download.
		· sì	☐		
		· no	☒		
124		Possibilità di consultare il PAI (e i suoi aggiornamenti)			Per il residente e i suoi familiari.
		· sì			
		· no	X		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
125	DOC	Definizione del tempo massimo di attesa per il rilascio di copia della cartella clinica e sua comunicazione attraverso uno o più strumenti informativi (Carta dei Servizi, opuscoli, sito web, avvisi, ecc.)			
		· sì	☒		
		· no	☐		
126	OSS	Presenza di uno o più strumenti informativi sugli orari di ricevimento del medico responsabile			
		· sì	☒		
		· no	☐		
127	OSS	Possibilità per i familiari di fissare appuntamenti con il medico responsabile			
		· sì	☒		
		· no	☐		
Criterio 3.2.2 Contenuti e accessibilità del sito web rispetto alle norme sulla trasparenza					
128	DOC	Presenza di sito web della struttura			
		· sì	☒		
		· no	☐		
129	OSS	Presenza nel sito web della RSA di informazioni su:			
129.1		tipologia dei posti letto offerti			Si intende la descrizione dell'utenza alla quale sono destinati i posti letto.
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
129.2		rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale			Si intende l'informazione circa la presenza di posti letto autorizzati e di posti letto accreditati con la Regione/Provincia Autonoma.
		· sì	☒		
		· no	☐		
129.3		costo della retta		X	Si intende la retta eventualmente a carico del residente.
		· sì	☐		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE			Se non prevista quota a carico dei residenti.
129.4		servizi offerti compresi nella retta			
		· sì	☐		
		· no	☒		
129.5		servizi offerti non compresi nella retta			
		· sì	☐		
		· no	☒		
130	OSS	Presenza nel sito web della RSA di informazioni sulle modalità di accesso alla RSA:			
130.1		modalità per presentare la domanda di ammissione			
		· sì	☐		
		· no	☒		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
130.2		criteri di accoglimento delle domande			
		· sì	☒		
		· no	☐		
130.3		formazione delle liste di attesa			
		· sì	☒		
		· no	☐		
Area 4. Cura della relazione					
Sotto-Area 4.1 Relazione tra i professionisti, gli ospiti, i familiari					
Criterio 4.1.1 Cura della comunicazione clinica e empowerment individuale					
131	DOC	Presenza di una procedura sul consenso informato nella quale sono trattati, tra gli altri, i seguenti casi:			
131.1		soggetto interdetto o sottoposto a una amministrazione di sostegno riferita a atti sanitari			
		· sì	☒		
		· no	☐		
131.2		soggetto in condizioni di incapacità naturale perché privo in tutto o in parte di autonomia decisionale o temporaneamente incapace di esprimere la propria volontà			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
132	DOC	Presenza di attività/ iniziative di medicina narrativa			Si intendono le attività e le iniziative che fanno esplicito riferimento al concetto di medicina narrativa. La medicina narrativa consiste nell'utilizzo, in senso terapeutico, della narrazione della patologia dei residenti. La Medicina Narrativa si riferisce non solo al vissuto del residente, ma anche ai vissuti di quanti operano nel sistema sanitario, facilitando il reciproco incontro. Esempi di attività sono ad esempio: la scrittura autobiografica, lettere alla propria malattia, dalla propria malattia, ai propri familiari e agli operatori, laboratorio di scrittura sia da parte dei residenti e familiari che degli operatori, realizzazione di un sito web in cui raccogliere gli elaborati più significativi, ecc.
		· sì	☐		
		· no	☒		
133	DOC	Presenza sull'ultima versione aggiornata del PAI della firma di un componente della famiglia			Il PAI si considera aggiornato se la versione presente è quella aggiornata secondo item 60.
		· sì	☒		
		· no	☐		
134	DOC	Presenza di una o più modalità con le quali sono fornite informazioni per favorire il mantenimento della continenza			
134.1		per i residenti			
		· sì	☒		
		· no	☐		
134.2		per i familiari			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
135	DOC	Presenza di una o più modalità con le quali sono fornite informazioni per favorire il mantenimento della mobilità			
135.1		per i residenti			
		· sì	☒		
		· no	☐		
135.2		per i familiari			
		· sì	☒		
		· no	☐		
136	DOC	Presenza di una o più modalità con le quali sono fornite informazioni per favorire l'igiene personale			
136.1		per i residenti			
		· sì	☒		
		· no	☐		
136.2		per i familiari			
		· sì	☒		
		· no	☐		
Criterio 4.1.2 Formazione e supporto al personale per la cura della relazione con il residente, i familiari, i caregiver					
137	DOC	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione per medici e infermieri sulla comunicazione clinica e/ o sulla relazione di aiuto			Si fa riferimento a corsi di formazione per il personale dipendente e assimilato (con esclusione, quindi, di personale dipendente da cooperative) ed è possibile rispondere positivamente anche se i corsi sono stati promossi dalla struttura, in partnership con altri soggetti o, ancora, se la struttura si è fatta carico delle spese per la partecipazione di propri operatori a corsi di formazione esterni.

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
137.1		per i medici			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☐	
137.2		per gli infermieri			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☐	
137.3		per gli OSS			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☐	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
138	DOC	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di uno o più corsi di formazione per medici, infermieri, operatori sociosanitari sulla gestione della fase del fine vita per gli operatori sanitari			Si fa riferimento a corsi di formazione per il personale dipendente e assimilato (con esclusione, quindi, di personale dipendente da cooperative) ed è possibile rispondere positivamente anche se i corsi sono stati promossi dalla struttura, in partnership con altri soggetti o, ancora, se la struttura si è fatta carico delle spese per la partecipazione di propri operatori a corsi di formazione esterni.
138.1		per i medici			
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☒	
138.2		per gli infermieri			
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☒	
138.3		per gli OSS			
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☒	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
139	DOC	Realizzazione negli ultimi 36 mesi di incontri di sensibilizzazione/corsi di formazione per medici, infermieri, operatori sociosanitari nell'ambito dei quali sono affrontati i temi dei comportamenti invalidanti /svalutanti			Si fa riferimento a iniziative per il personale dipendente e assimilato (con esclusione, quindi, di personale dipendente da cooperative) ed è possibile rispondere positivamente anche se i corsi sono stati promossi dalla struttura, in partnership con altri soggetti o, ancora, se la struttura si è fatta carico delle spese per la partecipazione di propri operatori a corsi di formazione esterni.
139.1		per i medici			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☐	
139.2		per gli infermieri			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☐	
139.3		per gli OSS			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☐	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
140	DOC	Realizzazione di incontri di sensibilizzazione/corsi di formazione per medici, infermieri, operatori sociosanitari neo-assunti nell'ambito dei quali sono affrontati i temi dei comportamenti invalidanti/svalutanti			Si fa riferimento a iniziative per il personale dipendente e assimilato (con esclusione, quindi, di personale dipendente da cooperative) ed è possibile rispondere positivamente anche se i corsi sono stati promossi dalla struttura, in partnership con altri soggetti o, ancora, se la struttura si è fatta carico delle spese per la partecipazione di propri operatori a corsi di formazione esterni.
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: non ci sono state nuove assunzioni nel periodo di tempo indicato		☐	
141	DOC	Realizzazione negli ultimi 24 mesi di una o più analisi del clima aziendale e del benessere organizzativo e realizzazione di azioni di miglioramento			Si intende analisi promosse dalla struttura e rivolte al personale sanitario attraverso strumenti quali interviste in profondità, focus group, o questionari. Le analisi sono volte a rilevare/ indagare aspetti quali lo stress lavoro-correlato, il burn out lavorativo e ad individuare le aree sulle quali intervenire.
141.1	DOC	realizzazione negli ultimi 24 mesi di una o più analisi del clima aziendale e del benessere organizzativo			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☐	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
141.2	DOC	realizzazione di una o più azioni di miglioramento del clima aziendale e del benessere organizzativo, a seguito dell'analisi effettuata			Si fa riferimento ad azioni quali corsi di formazione, processi di ridefinizione organizzativa, analisi di processi, revisione dei canali di comunicazione interna, interventi di miglioramento logistico, coaching, attivazione di centri di ascolto e/ o centri clinico sul mobbing, ecc.
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☐	
142	DOC	Presenza negli ultimi 36 mesi di programmi/attività per la verifica e il miglioramento della comprensione linguistica e culturale del personale nei confronti dei residenti			Un aspetto importante di impegno per la non-discriminazione è l'efficacia della comunicazione tra gli operatori e il residente (es. nel caso di lavoratori non di madrelingua italiana) che può beneficiare dall'esistenza di programmi di verifica della competenza linguistica e culturale del personale.
142.1		programmi di verifica/attività			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		· NON PERTINENTE		☐	Da utilizzare quando non sono presenti operatori sanitari/sociali stranieri o quando la loro ultima verifica è stata ottimale o quando la struttura è operativa da minor tempo.
142.2		programmi/attività di miglioramento			
		· sì	☒		
		· no	☐		
		NON PERTINENTE		☐	Da utilizzare quando non sono presenti operatori sanitari/sociali stranieri o quando la loro ultima verifica è stata ottimale o quando la struttura è operativa da minor tempo.

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Criterio 4.1.3 Prevenzione, monitoraggio e gestione delle situazioni ad alto rischio conflittuale					
143	DOC	Prevenzione e gestione delle seguenti situazioni ad alto rischio conflittuale			La risposta può essere positiva quando c'è evidenza documentale (diario assistenziale, verbali incontri, ecc.) che queste questioni sono trattate in maniera preventiva e gestiti eventuali conflitti.
143.1		cambio di stanza			
		· sì	☒		
		· no	☐		
143.2		dimissioni			
		· sì	☒		
		· no	☐		
143.3		aggressività da parte di terzi o di residenti con disturbo della condotta			
		· sì	☒		
		· no	☐		
143.4		rispetto orari			
		· sì	☒		
		· no	☐		
143.5		rispetto regole di vita comunitaria			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Sotto-Area 4.2 Relazione con i portatori di interesse (cittadini, volontari, comunità e istituzioni)					
Criterio 4.2.1 Assunzione di impegni nei confronti del cittadino					
144	OSS	Disponibilità della Carta dei Servizi			
144.1		disponibilità della Carta dei Servizi presso la struttura			Si intende disponibile quando è presente presso uno dei servizi di front-line della struttura (servizio di accoglienza, punto informazioni, URP, ufficio accettazione amministrativa, ecc.) e quando la comunicazione di tale disponibilità è data al cittadino mediante manifesti/ avvisi scritti o è data al momento della fruizione della prestazione sanitaria. In questo ultimo caso, la previsione di tale comunicazione deve essere contenuta in una procedura scritta che codifica le modalità di accoglienza del cittadino.
		· sì	☒		
		· no	☐		
144.2		disponibilità della Carta dei Servizi su sito web			
		· sì	☐		
		· no	☒		
145	DOC	Presenza della Carta dei Servizi con le seguenti caratteristiche: - aggiornata in un periodo antecedente all'osservazione di non più di 36 mesi - contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni - contenente una sezione dedicata agli impegni, con relativi indicatori, standard e strumenti di verifica - contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni			Se non è presente la Carta dei servizi (e si è risposto "No" ad entrambe le domande dell'item precedente), rispondere negativamente anche a tutti i sotto-items di questo item.

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
145.1		aggiornata in un periodo antecedente all'osservazione di non più di 36 mesi			
		· sì	☒		
		· no	☐		
145.2		contenente informazioni di carattere generale sui servizi forniti e sulle modalità di accesso e di fruizione delle prestazioni			Devono essere specificate modalità e tempi di attesa.
		· sì	☒		
		· no	☐		
145.3		contenente una sezione dedicata agli impegni, con relativi indicatori, standard e strumenti di verifica			
		· sì	☒		
		· no	☐		
145.4		contenente una sezione dedicata alle modalità di tutela del cittadino-utente rispetto ai disservizi e agli atti o comportamenti che limitano la fruibilità delle prestazioni			
		· sì	☒		
		· no	☐		
146	DOC	Realizzazione negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dalla Direzione/URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.) e realizzazione di azioni e/ o provvedimenti in seguito a quanto emerso dall'analisi effettuata			
		NON PERTINENTE (se è operativa da un periodo inferiore a quello indicato o se non è pervenuto alcun reclamo)		☒	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
146.1		realizzazione negli ultimi 24 mesi di una qualche forma di analisi periodica quali-quantitativa dei reclami ricevuti dall'URP (relazioni trimestrali, rapporti annuali, ecc.)			
		· sì	☐		
		· no	☒		
146.2		realizzazione di una o più azioni e/ o provvedimenti in seguito a quanto emerso dall'analisi effettuata sui reclami pervenuti			Si intende l'attuazione di provvedimenti su una o più problematiche generali emerse dall'analisi effettuata dei reclami.
		· sì	☐		
		· no	☒		
147	DOC	Realizzazione negli ultimi 24 mesi di un'indagine sulla soddisfazione degli utenti del presidio, con risultati resi pubblici e azioni di miglioramento			
		NON PERTINENTE: la struttura è operativa da un periodo di tempo inferiore a quello indicato		☒	
147.1		realizzazione negli ultimi 24 mesi di un'indagine sulla soddisfazione dei residenti della struttura			Per indagine si intende una specifica rilevazione basata su interviste condotte da personale addestrato. La mera disponibilità nelle stanze di schede che rilevano sinteticamente le opinioni dei residenti, compilabili facoltativamente e in modo autonomo, non è dunque sufficiente per poter barrare la risposta positiva.
		· sì	☐		
		· no	☒		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
147.2		pubblicizzazione dei risultati dell'indagine sulla soddisfazione dei residenti della struttura			Per "pubblicizzazione" si intende la divulgazione pubblica dei risultati all'utenza/ cittadinanza/comunità locale.
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE: l'indagine non è stata effettuata		☐	
147.3		realizzazione di una o più azioni di miglioramento a seguito dell'indagine effettuata			
		· sì	☐		
		· no	☒		
		NON PERTINENTE: non sono stati necessari interventi		☐	
Criterio 4.2.2 Partecipazione dei cittadini					
148	DOC	Presenza di un comitato di partecipazione composto dai rappresentanti di:			
148.1		· residenti			
		sì	☐		
		no	☒		
		NON PERTINENTE		☒	Quando uno o più di questi soggetti non sono presenti in quanto non richiesto dalla normativa regionale.

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
148.2		· famiglie dei residenti			
		si	☐		
		no	☒		
		NON PERTINENTE		☐	Quando uno o più di questi soggetti non sono presenti in quanto non richiesto dalla normativa regionale.
148.3		· associazioni di volontariato			
		si	☐		
		no	☒		
		NON PERTINENTE		☐	Quando uno o più di questi soggetti non sono presenti in quanto non richiesto dalla normativa regionale.
148.4		· organizzazioni di tutela dei diritti dei cittadini			
		si	☐		
		no	☒		
		NON PERTINENTE		☐	Quando uno o più di questi soggetti non sono presenti in quanto non richiesto dalla normativa regionale.
148.5		· sindacati pensionati			
		si	☐		
		no	☒		
		NON PERTINENTE		☐	Quando uno o più di questi soggetti non sono presenti in quanto non richiesto dalla normativa regionale.

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
149	DOC	Presenza di miglioramenti sul versante dell'umanizzazione negli ultimi 24 mesi, promossi per l'iniziativa del Comitato di partecipazione			Si intendono miglioramenti che hanno riguardato uno o più aspetti dell'umanizzazione individuati dai criteri nei quali sono articolati le 4 aree della struttura della checklist.
		si	☐		
		no	☒		
		NON PERTINENTE		☒	E' la prima rilevazione della checklist.

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
Modulo Sicurezza					
1	DOC	Presenza di uno o più documenti sui seguenti argomenti			
1.1		identificazione dei residenti a rischio di lesioni da pressione			
		· sì	☒		
		· no	☐		
1.2		prevenzione delle lesioni da pressione			
		· sì	☒		
		· no	☐		
1.3		trattamento delle lesioni da pressione			
		· sì	☒		
		· no	☐		
2	DOC	Presenza di uno o più documenti sui seguenti argomenti			
2.1		misure di isolamento			
		· sì	☒		
		· no	☐		
2.2		gestione dei cateteri urinari			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
2.3		gestione dei cateteri vascolari			
		· sì	☒		
		· no	☐		
2.4		gestione delle medicazioni			
		· sì	☒		
		· no	☐		
3	OSS	Esposizione di uno o più poster informativi sulle Linee guida OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria			I poster, messi a punto dal Ministero della Salute - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, per la diffusione dei contenuti delle Linee Guida sono riportati in allegato. Possono essere presenti anche altri <i>poster</i> con contenuti analoghi a questi.
3.1		numero di nuclei residenziali a bassa intensità assistenziale con uno o più poster informativi			
		numero di nuclei residenziali a bassa intensità assistenziale con uno o più poster informativi	/ _025		
		numero di nuclei residenziali a bassa intensità assistenziale	/ 025 /		
		<i>NON PERTINENTE: Nella struttura non sono presenti nuclei a bassa intensità assistenziale</i>		☐	

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
3.2		numero di nuclei residenziali a media intensità assistenziale con uno o più poster informativi			
		numero di nuclei residenziali a media intensità assistenziale con uno o più poster informativi	1_1025X		
		numero di nuclei residenziali a media intensità assistenziale	1_1025		
		<i>NON PERTINENTE: Nella struttura non sono presenti nuclei a media intensità assistenziale</i>		☐	
4	OSS	Presenza della soluzione a base alcolica per il lavaggio delle mani			La soluzione a base alcolica si intende presente quando è facilmente accessibile al personale perché a portata di mano rispetto al luogo in cui avviene il contatto con i residenti (zona di cura/trattamento). In generale, sono previste le seguenti possibilità per assicurare ciò: - rendere disponibile il prodotto in corrispondenza dell'accesso al reparto; - fissare i dispenser di prodotto a base alcolica all'ingresso delle camere; - fornire il prodotto a base alcolica confezionato in singoli flaconi tascabili che tutti gli operatori a contatto con i residenti devono portare con sé; - fissare i dispenser di prodotto a base alcolica ai letti dei residenti o al comodino (oppure nei pressi); - fissare i dispenser di prodotto a base alcolica ai carrelli utilizzati per l'assistenza ai residenti (o trasportarli con i carrelli stessi).

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
4.1		numero di nuclei residenziali a bassa intensità assistenziale con presenza di soluzione a base alcolica			
		numero di nuclei residenziali a bassa intensità assistenziale con presenza di soluzione a base alcolica	/ _1_0_ /		
		numero di nuclei residenziali a bassa intensità assistenziale	/1_0_ / _ /		
		<i>NON PERTINENTE: Nella struttura non sono presenti nuclei a bassa intensità assistenziale</i>		☐	
4.2		numero di nuclei residenziali a media intensità assistenziale con presenza di soluzione a base alcolica			
		numero di nuclei residenziali a media intensità assistenziale con presenza di soluzione a base alcolica	/1_0_ / _ /		
		numero di nuclei residenziali a media intensità assistenziale	/1_0_ / _ /		
		<i>NON PERTINENTE: Nella struttura non sono presenti nuclei a media intensità assistenziale</i>		☐	
5	DOC	Presenza di una delle seguenti misure per la gestione del rischio di caduta dei residenti			Si fa riferimento a quanto indicato nella Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del residente nelle strutture sanitarie n. 13, Ministero della Salute 2011
5.1		valutazione del rischio caduta del residente			La risposta è positiva quando è prevista, come procedura, che ci sia una valutazione iniziale e periodica di tutti i residenti
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
5.2		revisione post-caduta: valutazione delle potenziali cause di quella specifica caduta e correzione dei possibili fattori contribuenti			La risposta è positiva quando è prevista, come procedura, che per ogni caduta si debba effettuare un'analisi delle possibili cause al fine di mettere in atto misure correttive
		· sì	☒		
		· no	☐		
5.3		segnalazione dell'evento			
		· sì	☒		
		· no	☐		
5.4		formazione del personale sanitario			La risposta è positiva quando è documentata almeno un'attività formativa negli ultimi 24 mesi
		· sì	☒		
		· no	☐		
6	DOC	Presenza di un sistema di segnalazione degli eventi avversi e dei "quasi errori" (<i>near misses</i>)			Si intende la procedura che ha come oggetto il sistema di Incident Reporting, vale a dire il sistema attraverso il quale l'organizzazione sanitaria raccoglie la segnalazione da parte degli operatori, di eventi significativi (incidenti o near misses cioè quasi-incidenti, avvenimenti che avrebbero potuto evolvere in incidenti) al fine di identificare e implementare interventi correttivi e migliorare, quindi, la sicurezza per il residente e per gli operatori nella RSA. La procedura deve prevedere l'indicazione della tipologia dell'evento da segnalare, colui che segnala e le modalità e gli strumenti per la segnalazione (cosa, chi, a chi, come segnalare).
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
7	DOC/OSS	Possibilità per i residenti (e i loro familiari) della RSA di segnalare incidenti e situazioni di rischio alle quali hanno assistito			Si intende la possibilità per i residenti e i loro familiari - esplicitamente prevista e comunicata dall'organizzazione in documenti, depliant, brochure, poster, sito aziendale, avvisi accessibili al pubblico - di potere segnalare incidenti o eventi ai quali hanno assistito durante la propria permanenza nella struttura e che sono stati percepiti come un rischio per la propria o per l'altrui sicurezza.
		· sì	☒		
		· no	☐		
8	DOC	Presenza di uno o più documenti che descrivono, in caso di coinvolgimento di un residente in un evento avverso, chi e come deve comunicare al residente e ai suoi familiari:			Si intende una procedura che descriva le azioni che devono essere sviluppate dalla struttura per comunicare ed assistere un residente e i suoi familiari in caso di accadimento di un evento avverso (promuovere una comunicazione aperta e trasparente, chiedere scusa, promuovere azioni di sostegno, favorire una risoluzione stragiudiziale, ecc.).
8.1		il rincrescimento per l'accaduto			
		· sì	☒		
		· no	☐		
8.2		la descrizione dei fatti			
		· sì	☒		
		· no	☐		
8.3		cosa si sta facendo per limitare e mitigare le conseguenze dell'evento avverso			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
8.4		le possibilità giuridiche e amministrative disponibili per risolvere la controversia (es. richiedere un risarcimento)			
		· sì	☒		
		· no	☐		
8.5		la copertura assicurativa dell'azienda, inclusa la possibilità di gestione diretta dei risarcimenti			
		· sì	☒		
		· no	☐		
9	DOC/OSS	Presenza di uno o più strumenti attraverso i quali i residenti sono informati sui rischi e sulle misure di sicurezza esistenti per ridurre o prevenire gli errori e le conseguenze negative, comprese le migliori pratiche			Con questo item s'intende accertare se la RSA provvede ad informare i propri utenti circa i provvedimenti presi per assicurare una assistenza sanitaria più "sicura", mettendo in atto le raccomandazioni fornite da soggetti nazionali e internazionali. Si fa riferimento ai rischi e alle misure di sicurezza messe in evidenza nelle raccomandazioni redatte dal Ministero della Salute e dalle Regioni e a quanto raccolto nell'Osservatorio Buone Pratiche di Agenas. La risposta è positiva se tale informazione è accessibile al pubblico e quindi diffusa tramite depliant, brochure, poster, avvisi, sito aziendale, ecc..
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
10	DOC	Presenza di istruzioni per la corretta identificazione del residente			
10.1	DOC	per la somministrazione di un farmaco			Le istruzioni possono essere presenti anche all'interno delle procedure scritte per la somministrazione dei farmaci.
		· sì	☒		
		· no	☐		
10.2	DOC	per il prelievo di sangue e altri campioni biologici			Le istruzioni possono essere presenti anche all'interno delle procedure scritte per il prelievo di sangue e altri campioni biologici.
		· sì	☒		
		· no	☐		
11	DOC	Presenza di una procedura sui seguenti aspetti della gestione del farmaco			Si fa riferimento a quanto indicato nella Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del residente nelle strutture sanitarie n. 13, Ministero della Salute 2011.
11.1		la presa in carico dei farmaci del residente al momento del suo ingresso nella RSA			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
11.2		la riconciliazione farmacologica			Per "Riconciliazione farmacologica" s'intende il processo formale che, nei momenti di transizione da un ambito assistenziale all'altro (es. dal proprio domicilio o dall'ospedale alla RSA), permette, in modo chiaro e completo, di rilevare e conoscere la terapia farmacologica seguita assieme ad altre informazioni relative al residente e consente al medico prescrittore di valutare con attenzione se proseguirla, variarla o interromperla in toto o in parte (Raccomandazione n.17 del Ministero della Salute sulla Riconciliazione della terapia farmacologica)
		· sì	☒		
		· no	☐		
11.3		la prescrizione della terapia			
		· sì	☒		
		· no	☐		
11.4		la preparazione e la somministrazione delle terapie			
		· sì	☒		
		· no	☐		
11.5		la conservazione dei farmaci			
		· sì	☒		
		· no	☐		
12	DOC	Presenza della scheda unica di terapia			
		· sì	☒		
		· no	☐		

Checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

N. item	Modalità rilevazione	Item	Risposta	NP	Note esplicative per una corretta interpretazione
13	DOC	Presenza di un sistema di Alert per i farmaci Lasa			S'intende la presenza di uno o più accorgimenti (es. separazione nell'armadio farmaceutico delle confezioni con etichetta di allerta, affissione nella medicheria dell'elenco dei farmaci Lasa, ecc.) per la favorire l'identificazione sicura dei farmaci cosiddetti "Look-Alike/Sound-Alike" ovvero "LASA", acronimo anglosassone utilizzato per indicare i farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome.
		· sì	☒		
		· no	☐		
14	DOC	Presenza di un protocollo per la prevenzione del rischio nutrizionale che preveda:			
14.1		la valutazione del residente al momento del suo ingresso			
		· sì	☒		
		· no	☐		
14.2		la valutazione periodica del residente			
		· sì	☒		
		· no	☐		
15	DOC	Presenza di una funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del risco sanitario (risk management)			
		· sì	☒		
		· no	☐		

SCHEDA INCIDENT REPORTING

per la rilevazione spontanea di eventi dannosi o potenzialmente dannosi per il paziente

Compilare le parti di testo libero in **STAMPATELLO**

Data di compilazione ____ / ____ / ____

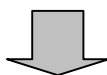
DATI PRELIMINARI

Struttura: _____

Specificare se l'evento è accaduto in:

- | | | |
|---|--------------------------------|--|
| ☐ Degenza ordinaria | ☐ DH/DS | ☐ Osservazione temporanea |
| ☐ Ambulatorio | ☐ | ☐ |
| ☐ Altro <i>Specificare</i> _____ | | |

1. Segnalazione di:

☐ **Evento dannoso** per il paziente

In caso di evento dannoso le conseguenze per il paziente sono state?

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. NESSUNA | ☐ |
| ☐ 2. LIEVISSIME | ☐ 3. LIEVI |
| ☐ 4. GRAVI | ☐ 5. GRAVISSIME |

Quale è stato/quale poteva essere il danno per il paziente?

☐ **Evento potenzialmente dannoso** per il paziente

In caso di evento potenzialmente dannoso, quali sono le conseguenze di massima gravità che avrebbero potuto manifestarsi?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ NON SO | ☐ |
| ☐ LIEVISSIME | ☐ LIEVI |
| ☐ GRAVI | ☐ GRAVISSIME |

(indicare, se pertinente, il né della scheda nosologica)

2. In quale turno di lavoro si è verificato l'evento dannoso/potenzialmente dannoso?

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ Mattino | ☐ Pomeriggio |
| ☐ Notturno | ☐ Cambio turno |
| ☐ Altro _____ | |

INDIVIDUAZIONE DELLA TIPOLOGIA DELL'EVENTO

SEZIONE 1 – RILEVAZIONE DI ERRORI DI TERAPIA (Attenzione: non confondere con sospetta reazione avversa a farmaco per la quale deve essere compilata la scheda ministeriale ADR, all. 1 decr. Min. Sal. 12 dicembre 2003)

L'errore riguarda: ☐ un farmaco ☐ un dispositivo medico

Nome del farmaco/dispositivo: _____

3. Selezionare in quale fase della terapia farmacologica è avvenuto l'errore:

- | | |
|---|---|
| ☐ Errore di prescrizione | ☐ Errore di preparazione |
| ☐ Errore di somministrazione | ☐ Errore di monitoraggio |

4. Selezionare la tipologia di evento che ha causato l'incidente o il *near miss* di terapia:

- ☐ Paziente errato
- ☐ Farmaco errato
- ☐ Dosaggio errato
- ☐ Forma farmaceutica errata
- ☐ Prescrizione errata/ mancata/ confondibile
- ☐ Errore di trascrizione
- ☐ Mancata somministrazione
- ☐ Tempi di somministrazione errati
- ☐ Via di somministrazione errata
- ☐ Sottovalutazione o mancata valutazione delle possibili interazioni
- ☐ Mancato monitoraggio scadenze farmaci/reagenti diagnostici
- ☐ Etichetta/ contenitore errato
- ☐ Indicazioni e posologia non autorizzate
- ☐ Scambio farmaci

INDIVIDUAZIONE DELLA TIPOLOGIA DELL'EVENTO continua

SEZIONE 2 – RILEVAZIONE DI EVENTI AVVERSI

5. Selezionare la tipologia di evento che ha generato il danno o che avrebbe potuto generarlo

(è possibile indicare più di una risposta):

- ☐ Procedure terapeutiche non strettamente farmacologiche (diete, drenaggi, infusioni...) errate
- ☐ Mobilizzazione assistita del paziente errata
- ☐ Caduta accidentale del paziente (da compilare anche il Mod 0318 scheda segnalazione cadute)
- ☐ Procedure diagnostiche errate / Percorso diagnostico errato
- ☐ Procedure riabilitative errate / Percorso riabilitativo errato
- ☐ Prescrizione degli esami errata / confondibile
- ☐ Intervento errato dell'accompagnatore / accompagnatrice
- ☐ Altro *Specificare* _____

Eventuali ulteriori considerazioni su quanto segnalato _____

SEZIONE 3 – RILEVAZIONE DI EVENTI SENTINELLA (compilare anche il Mod 343-I Scheda A, per la segnalazione specifica dell'evento sentinella, come da Raccomandazione)

6. Indicare l'Evento Sentinella che è avvenuto:

- ☐ 1. Procedura in paziente sbagliato (procedure chirurgiche o invasive)
- ☐ 2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
- ☐ 3. Errata procedura su paziente corretto (procedure diagnostiche / terapeutiche diverse da quelle prescritte)
- ☐ 4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
- ☐ 5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0
- ☐ 6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
- ☐ 7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
- ☐ 8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
- ☐ 9. Morte o grave danno per caduta di paziente
- ☐ 10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
- ☐ 11. Violenza su paziente
- ☐ 12. Atti di violenza a danno di operatore
- ☐ 13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
- ☐ 14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso
- ☐ 15. Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico
- ☐ 16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente
- ☐ 17. Rapimento di bambino / Bambino consegnato alla famiglia sbagliata ¹

¹ L'elemento 17 non deriva dal "Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella" Rev. 2009, edito dal Ministero della Salute, ma dallo standard QPS.6 (punto d.) del Manuale JCI per l'accreditamento degli Ospedali 4th ed.

ANALISI DELL'EVENTO

SEZIONE 4 – RILEVAZIONE DEI FATTORI CONTRIBUENTI

7. Fattori che hanno contribuito al verificarsi dell'evento dannoso/potenzialmente dannoso

(è possibile indicare più di una risposta):

- ☐ Inadeguata valutazione del paziente
- ☐ Inadeguata comunicazione data al paziente / accompagnatore / accompagnatrice
- ☐ Documentazione ☐ Assente ☐ Insufficiente ☐ Illeggibile

Specificare tipologia documentazione _____

- ☐ Processi di comunicazione tra il personale inadeguati o insufficienti
- ☐ Assenza / mancata applicazione / inadeguatezza delle procedure assistenziali
- ☐ Inesperienza del personale / inadeguata formazione / inadeguato affiancamento del personale
- ☐ Indisponibilità o inadeguatezza del personale
- ☐ Indisponibilità o inadeguatezza delle attrezzature sanitarie
- ☐ Indisponibilità o inadeguatezza dei presidi medico / chirurgici (per es., inadeguata sterilità, ecc.)
- ☐ Fattori ambientali Specificare _____
- ☐ Altro Specificare _____

SEZIONE 5 – ANALISI CAUSALE

8. In quali delle seguenti famiglie di cause pensa si possa collocare l'origine dell'evento dannoso/potenzialmente dannoso?

(è possibile indicare più di una risposta):

- ☐ **Fattore umano** (per es.: stanchezza, distrazione, stress, competenza del personale, ecc.)
Specificare _____
- ☐ **Procedure organizzative** di riferimento e/o adottate nella prassi (per es.: comunicazione incompleta al paziente, comunicazione tra il personale, etichettatura farmaci, accompagnamento pazienti, affiancamento personale, procedure di controllo sulle attività svolte, ecc.)
Specificare _____
- ☐ **Risorse tecnologiche** (tecnologie obsolete, capacità di utilizzo della tecnologia, taratura di determinate apparecchiature, trasporto delle apparecchiature, procedure di controllo prima dell'utilizzo delle tecnologie, ecc....)
Specificare _____
- ☐ **Presidi medico chirurgici adottati**
Specificare _____
- ☐ **Particolari condizioni fisiche e psicologiche del paziente**
Specificare _____
- ☐ **Altro**
Specificare _____

SEZIONE 6 – RILEVAZIONE DEI FATTORI MINIMIZZANTI

9. Quali fattori hanno contribuito a minimizzare il rischio derivante dall'evento dannoso/evento potenzialmente dannoso?

(è possibile indicare più di una risposta):

- ☐ Tempestivo riconoscimento ed immediata azione correttiva
- ☐ Informazione data al paziente
- ☐ Informazione data dal paziente
- ☐ Informazione data dai famigliari o da altri accompagnatori del paziente
- ☐ Circostanze fortuite
- ☐ Consultazione tra il personale
- ☐ Altro (*specificare*) _____

SEZIONE 7 – AZIONI SUGGERITE

10. Come potrebbe essere ridotta per il futuro la possibilità che l'evento dannoso/evento potenzialmente dannoso si ripeta?

(è possibile indicare più di una risposta):

- ☐ Maggiore standardizzazione nei processi
- ☐ Cambiamenti nelle attuali procedure organizzative e/o assistenziali
- ☐ Specificare _____
- ☐ Migliore documentazione scritta sulle condizioni del paziente
- ☐ Formazione del personale più adeguata
- ☐ Affiancamento del personale
- ☐ Aggiornamento attrezzature / tecnologia / edilizia
- ☐ Consulenza di un esperto esterno
- ☐ Altri suggerimenti _____

SEZIONE 8 – INDAGINE DELLE AZIONI INTRAPRESE

11. Avete già discusso all'interno del vostro reparto di quanto è successo?

☐ Sì

☐ No

12. Se sono state introdotte azioni correttive cosa hanno riguardato?

Ridefinizione delle procedure organizzative e assistenziali

Nuovi protocolli di formazione

Revisione della documentazione scritta

Non so

Altro (*specificare*) _____

DESCRIZIONE DELL' EVENTO DANNOSO / POTENZIALMENTE DANNOSO (COMPILARE IN STAMPATELLO)

In questa rilevazione vanno considerati gli eventi che hanno causato o avrebbero potuto causare un danno fisico oppure psicologico agli Assistiti (non al Personale, per il quale vi sono altri meccanismi di registrazione e valutazione).
Lo scopo è quello di imparare dall'esperienza e quindi di identificare tutto quello che è stato o può essere nocivo durante la permanenza in ospedale. Il valore di questo lavoro è elevato perché consente di attivare un meccanismo utile a far sì che le situazioni pericolose non si possano più ripetere e a migliorare l'ambiente di lavoro e la tranquillità degli Operatori.
Pertanto un sincero ringraziamento da parte di tutti deve essere rivolto a tutti coloro che avranno la pazienza e l'attenzione di compilare le schede.



Centro di Riabilitazione "Novasalus"
di Anphora Coop.Sociale a r.l.

AZIENDA CON SISTEMA
DI GESTIONE QUALITÀ
CERTIFICATO DA DNV GL
= ISO 9001 =

Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati anno 2026.

Ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017, 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. Detta relazione è pubblicata sul sito internet della struttura sanitaria". Al fine di ottemperare a tale obbligo è pertanto necessario elaborare una relazione sintetica che accompagni e descriva le tabelle di seguito riportate.

L'art. 4 c. 3 della L. 24/2017 prevede, inoltre, che "tutte le strutture pubbliche e private rendano disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio". Al fine di ottemperare a tale obbligo viene redatta la seguente tabella esplicativa:

Dal 15/01/2026 al 30/06/2026 presso la struttura sono stati segnalati e registrati, utilizzando lo strumento dell'incident report, gli eventi riportati nella seguente tabella:

Inserire in tabella

CADUTE	NUMERO 11		
EPISODI INFETTIVI A CARICO DEL SISTEMA URINARIO	NUMERO 8		

EPISODI INFETTIVI A CARICO SISTEMA RESPIRATORIO LIEVI	NUMERO 4		
EPISODI INFETTIVI A CARICO SISTEMA RESPIRATORIO CON INSUFF. RESPIRATORIA ACUTA	NUMERO 1	INVIATI CON 118 AL P.S DEL GOM	
Lesioni da decubito all'ingresso.	NUMERO 15		
Lesioni da decubito durante la degenza	NUMERO 2		

EVENTI AVVERSI	NUMERO 0
EVENTI SENTINELLA	NUMERO 0
NEAR-MISS	NUMERO 0
Risarcimenti	NUMERO 0

IL DIRETTORE SANITARIO

