



RELAZIONE ANNUALE
(ART.2 COMMA 5 LEGGE 8 MARZO 2017, n. 24)
SUGLI ACCADIMENTI CONCERNENTI LA
SICUREZZA DELLE CURE ED ALLE
RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO
2021



U.O.S.D. RISCHIO CLINICO,
ED. SANITARIA E PROMOZIONE
SALUTE AZIENDALE



DIREZIONE GENERALE
DIREZIONE SANITARIA AZIENDA
U.O.S. RISK MANAGEMENT



RELAZIONE ANNUALE (ART.2 COMMA 5 LEGGE 8 marzo 2017, n. 24) SUGLI ACCADIMENTI CONCERNENTI LA SICUREZZA DELLE CURE ED ALLE RELATIVE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ARNAS GARIBALDI DI CATANIA NELL'ANNO 2021

PREMESSA

Il tema della sicurezza delle cure e delle gestione del rischio clinico sta diventando una delle priorità del S.S.N. in quanto elemento centrale nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), secondo criteri di qualità e sicurezza.

Mai come in questo drammatico momento storico, è necessario focalizzare l'attenzione sulla cd. "sicurezza delle cure", considerata dalla Legge n.24/2017 (legge Gelli- Bianco), parte costitutiva del diritto alla salute, e rispetto alla quale, ogni operatore sanitario è tenuto a concorrere, "mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative".

La sicurezza delle cure costituisce la base di una buona assistenza sanitaria che ingloba, non solo gli aspetti strettamente clinici della professione medica, legati al rapporto medico-paziente, ma anche quelli legati alla ricerca, alla sperimentazione, alla gestione organizzativa che hanno conseguenze sull'intera collettività.

La legge Gelli - Bianco, quindi, promuovendo "l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative", ha introdotto l'appropriatezza organizzativa nell'ambito delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico, esigenza ad oggi del tutto impellente e necessaria per le organizzazioni sanitarie che stanno fronteggiando l'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Rispetto ad una situazione di emergenza, determinata dal manifestarsi dell'infezione del nuovo Coronavirus, dove, quindi il rischio si è già manifestato, è necessario, quindi che le Aziende sanitarie, oltre ad adattarsi ai cambiamenti e rinnovarsi attraverso metodi e strumenti reattivi e proattivi di Risk

Management, idonei a prevenire e gestire l'infezione da Coronavirus (Incident Reporting, Audit, RCA etc..)

In tale contesto l'attività dell'UO Risk Management aziendale ha sviluppato le linee di programmazione in armonia con gli effetti che l'evento pandemico ha prodotto in sanità quali:

- ☞ Supporto alle Direzioni Regionali ed Aziendali nella programmazione e pianificazione delle azioni stabilite per l'emergenza epidemiologica e per la gestione della crisi, anche in virtù del fatto di svolgere attività inerenti l'Educazione alla Salute; collaborazione per l'elaborazione e diffusione di materiale informativo (cartaceo ed informatico) per le strutture sanitarie e per i cittadini, in coerenza con quanto previsto dalle raccomandazioni internazionali, dalla normativa nazionale e dalle specifiche indicazioni regionali.
- ☞ Ove possibile, utilizzo di metodi e strumenti di Risk Management sanitario per le attività correlate alla prevenzione e gestione dell'infezione da SARS - Cov 2;
- ☞ Supporto nella promozione del corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale attraverso piani di formazione ad hoc basati sulla simulazione e la formazione sul campo anche con la presenza di tutor, nonché la produzione di strumenti di comunicazione per gli operatori sanitari.
- ☞ Garantire, anche attraverso la collaborazione tra le reti aziendali del rischio clinico e del rischio infettivo, azioni di ulteriore sostegno ai programmi di "infection control" mirati alla diffusione delle buone pratiche correlate a Infection Prevention and Control - IPC (adozione delle precauzioni standard e delle precauzioni di isolamento specifiche aggiuntive, azioni di sostegno per la compliance all'igiene delle mani, sanificazione, disinfestazione e sterilizzazione ecc.).
- ☞ Aumento della vigilanza, anche attraverso l'utilizzo dei flussi informativi sulle non conformità, su particolari percorsi esposti a maggior pericolo di errore in occasione di incremento della richiesta di prestazioni e servizi;
- ☞ Supporto al monitoraggio in tutti i setting della corretta applicazione delle pratiche promosse per garantire sicurezza a operatori e pazienti, al fine di evidenziare le eventuali criticità del sistema.

PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione (ARNAS) "Garibaldi" è un'azienda sanitaria pubblica, senza finalità di lucro, ad alto livello di specializzazione, deputata ad assicurare il trattamento clinico-assistenziale più appropriato a tutte le persone che ad essa si rivolgono per i trattamenti in emergenza/urgenza o in quanto portatori di bisogni di salute in fase acuta nonché di patologie ad alta complessità o croniche o inguaribili.

L'ARNAS "Garibaldi" è stata formalmente costituita con la Legge Regionale n. 5 del 14 aprile 2009 (art. 8) ed è stata attivata a decorrere dal 1° settembre 2009, giusto Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 337 del 31/08/2009. Essa è subentrata nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze della soppressa ARNAS "Garibaldi, San Luigi - Santi Currò, Ascoli Tomaselli", succedendone in tutti i rapporti attivi e passivi di qualunque genere nonché nel patrimonio già di titolarità della stessa.

INCIDENT REPORTING

Dal 2012 è attivo in ARNAS il sistema "incident reporting" per la raccolta strutturata e in forma anonima delle segnalazioni di eventi indesiderati e/o quasi eventi avversi da parte degli operatori.

L'incident reporting consente di disporre di una raccolta dati che fornisce la base di analisi per la predisposizione e l'implementazione di azioni correttive e di miglioramento che prevengano il verificarsi in futuro dell'evento avverso o dell'errore.

Per questa ragione i sistemi di reporting sono metodi di gestione del rischio clinico che si fondano su un approccio reattivo, ossia uno studio a posteriori dell'evento avverso per ricostruirne le cause ed i fattori contribuenti.

L'avvio di un sistema strutturato di segnalazione dell'errore è fondamentale per impostare una strategia di gestione del rischio sanitario in quanto consente di delineare, a livello qualitativo, il profilo di rischio in azienda (numerosità degli eventi avversi, tipologia e fattori determinanti); coinvolge tutti gli operatori sanitari contribuendo allo sviluppo di una cultura organizzativa sensibile alla prevenzione dell'errore; focalizza l'attenzione anche su eventi che non hanno prodotto un danno ma che evidenziano criticità; permette la standardizzazione degli eventi in categorie e item che possono essere sottoposti ad analisi statistica.

Il fattore critico di successo di questo sistema è rappresentato dalla diffusione in azienda di una "cultura no blame": l'incident reporting deve avere una base confidenziale, non punitiva e volontaria.

Presso l'Azienda è in uso un modulo cartaceo, tramite il quale gli operatori descrivono l'evento.

Il modulo prevede la compilazione di una serie di dati secondo lo schema seguente:

- ☞ area di appartenenza;
- ☞ dati relativi al paziente (età, sesso, n° SDO, tipo di ricovero);
- ☞ circostanze dell'evento;
- ☞ descrizione dell'evento;
- ☞ conseguenze dell'evento;
- ☞ azioni correttive/preventive intraprese in seguito all'evento;
- ☞ qualifica di chi segnala l'evento (medico, infermiere, fisioterapista etc.);
- ☞ tipologia di errore (diagnostico, chirurgico, farmacologico, caduta);
- ☞ circostanze dell'evento: luogo e data in cui si è verificato;
- ☞ possibili fattori (relativi alle condizioni del paziente, a problemi del personale, dell'ambiente, dell'organizzazione) che hanno contribuito al suo accadimento.

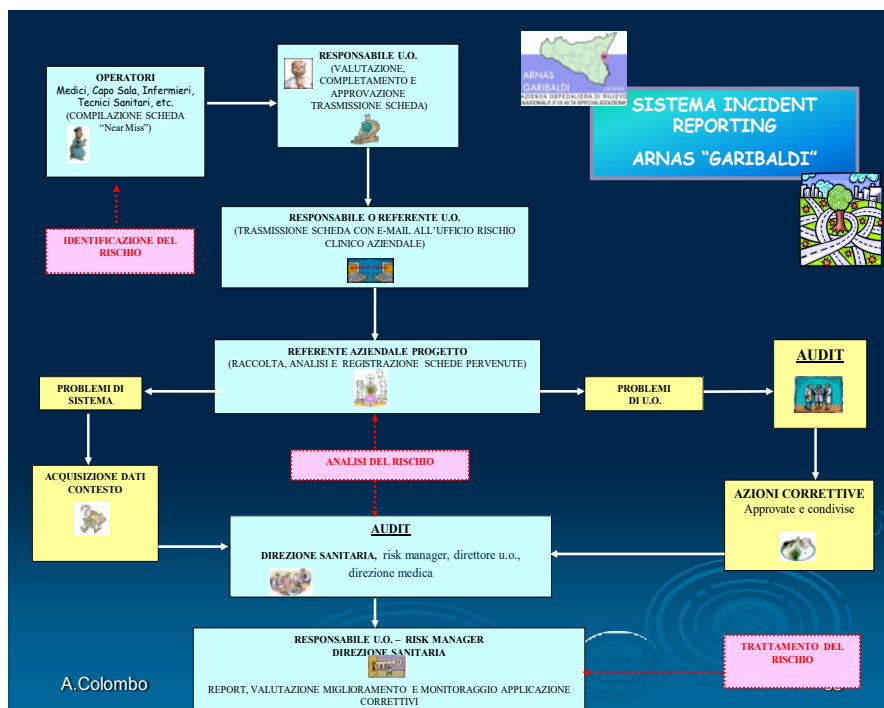
Le schede di segnalazione sono inviate all'U.O. Risk Management, dove vengono analizzate e a tutte viene attribuito un codice numerico che identifica la priorità con cui trattare la segnalazione.

L'evento a cui è attribuito un codice di priorità maggiore viene trattato attraverso un audit organizzativo.

Gli eventi con codice di priorità minore vengono analizzati attraverso riunioni, incontri, visite e/o interviste presso le UU.OO., tavoli di lavoro etc.

L'obiettivo dell'Incident Reporting è di analizzare e comparare i dati emersi dai moduli di segnalazione degli eventi allo scopo di elaborare report e sulla base dei quali individuare ed attuare le necessarie azioni correttive e formative.





INCIDENT REPORTING DEL 2021 EVENTI SEGNALATI: CADUTE PAZIENTI

AREA EVENTO	SENZA DANNO	CON DANNO	CAUSE	AZIONI MIGLIORAMENTO
DEGENZA	9	10	Spostamenti arbitrari pazienti Scavalco spondine Lipotimie	Analisi e valutazione corretta applicazione Procedura vigente, ed eventuale revisione della stessa.
AREE COMUNI		0	##	
EMERGENZA		0	##	Audit, aggiornamento e retraining procedurale del Personale
TOTALE ♀ 6 e ♂ 13	9 (47 %)	10 (63 %)		



EVENTI SENTINELLA

Il sistema di sorveglianza dell'Azienda si basa sul Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) e segue quanto previsto dal Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema - Ufficio III dal 2005 (revisione del 2009)

La segnalazione degli Eventi Sentinella viene effettuata utilizzando il flusso definito dal protocollo nazionale.

La procedura aziendale prevede che sia segnalato ogni evento sentinella verificatosi in Azienda alla U.O.S. Risk Management e le informazioni relative siano registrate sul portale Sistema NSIS

In particolare, al momento del verificarsi dell'evento o dell'avvenuta conoscenza dello stesso, viene compilata la scheda A prevista dal suddetto protocollo, inserendo in questa le informazioni essenziali sull'evento occorso; la scheda viene quindi inviata al Ministero della Salute tramite il SIMES.

Dopo aver raccolto ed analizzato tutte le informazioni necessarie al fine di comprendere i fattori e le cause che hanno contribuito e determinato il verificarsi dell'evento, per ogni evento sentinella, viene condotta un'indagine approfondita per valutare cause e fattori contribuenti, vengono individuate ed attuate le azioni correttive necessarie da adottare per evitare il riverificarsi dello stesso, e misurati gli esiti nel tempo, quindi tutte le informazioni sono inserite nella scheda B e la stessa viene inviata al Ministero, tramite il SIMES, entro 45 giorni solari. I dati relativi agli eventi sentinella che si sono verificati nel corso del 2016 e del 2017, (dati estrapolati dall'applicativo SIMES), con le relative azioni di miglioramento sono descritti nelle tabelle successive.

Lista eventi sentinella

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 ABO
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

Lista eventi sentinella 2021

	Tipologia Evento	Identif. Evento	Data Evento	Regione	Struttura Sanitaria	Residuo gg per RCA	Stato scheda A	Stato scheda B
	OGNI ALTRO EVENTO AVVERSO CHE CAUSA MORTE O GRAVE DANNO AL PAZIENTE	11794	07/04/2021	SICILIA	NUOVO OSPEDALE GARIBALDI - NESIMA	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA REGIONE	SCHEDA B - VALIDATA REGIONE
	MORTE O GRAVE DANNO CONSEGUENTE AD UN MALFUNZIONAMENTO DEL SISTEMA DI TRASPORTO (INTRAOSPEDALIERO, EXTRAOSPEDALIERO)	11531	03/02/2021	SICILIA	OSPEDALE GARIBALDI - CENTRO	Inviata	SCHEDA A - VALIDATA REGIONE	SCHEDA B - VALIDATA REGIONE

Nel corso del 2021 in Azienda si sono verificati N. 2 Eventi Sentinella, come evidenziato dalla suindicata tabella, rappresentante le segnalazioni tramite Flusso SIMES al Ministero della Salute.

Evento n°11794 - Azioni di miglioramento: REVISIONE PROCEDURA AZIENDALE TRASPORTO PAZIENTI (RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 11 DEL Gennaio 2010).

Evento n°11531 - Azioni di miglioramento: REITERAZIONE ATTIVITA' DI AUDIT PER GLI OPERATORI INTERNI ED ESTERNI, SULLE REVISIONE DELLE PROCEDURE, DA LINEE GUIDA VIGENTI, PER LA GESTIONE DEL DOLORE ADDOMINALE IN EMERGENZA DEL BAMBINO.

Osservazione diretta per l'utilizzo della checklist di sala operatoria "Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei pazienti"

La sicurezza in Sala Operatoria rappresenta un elemento imprescindibile nelle attuali organizzazioni sanitarie. A tal proposito, l'OMS nel 2008 ha emanato le linee guida per la sicurezza in sala operatoria e ha promosso l'uso della Safety Surgery Check List (SSCL) nella pratica chirurgica.

La SSCL è uno strumento di supporto alle équipe operatorie per l'effettuazione dei controlli di sicurezza e ha anche la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di qualità e sicurezza raccomandati.

La Regione Sicilia, con il D.A. n. 2489/2013 "Programma Regionale per il corretto utilizzo della Checklist di Sala Operatoria", ha ribadito la promozione dell'uso della SSCL nella pratica chirurgica, recependo e sviluppando i principi e gli obiettivi promossi a livello internazionale e nazionale dal Ministero della Salute, migliorando la sicurezza delle procedure chirurgiche con la registrazione di eventuali deviazioni dagli standard di sicurezza in essa previsti, al fine di identificare le aree critiche del processo e le conseguenti relative azioni di miglioramento.

Con la direttiva n 55547 del 7 luglio 2015, il competente Dipartimento Assessoriale, Servizio 5, "Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti" ha fornito a tutte le aziende sanitarie la metodologia da applicare per la corretta implementazione della checklist di sala operatoria e la scheda per la registrazione dei dati relativi agli interventi chirurgici.

Nei PAA 2015 Capitolo 13 "Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei Pazienti" è stato inserito l'intervento operativo " Programma di monitoraggio sistematico dell'uso della checklist in sala operatoria" che per il corrente anno prevede lo svolgimento di almeno 10 osservazioni dirette utilizzando la scheda per l'osservazione diretta allegata alla suddetta direttiva e l'inserimento dei dati registrati sull'apposita piattaforma accedendo al relativo Applicativo.



Monitoraggio sulla corretta applicazione della check list in sala operatoria secondo le indicazioni regionali:

(richieste dall'Assessorato n°. 20 osservazioni annuali)

le attività in parola, eseguite durante l'anno 2019, sono state **N. 30 Osservazioni Dirette** nelle SS.OO., randomizzate, delle seguenti discipline, afferenti ai Presidi Ospedalieri Centro e Nesima:

SALE OPERATORIE ARNAS	TOTALE OSSERVAZIONI
Chirurgia Generale	30
Chirurgia Pediatrica	
Chirurgia Oncologica	
Chirurgia Toracica	
Chirurgia Vascolare	
Ginecologia-Ostetricia	
Neurochirurgia	
Ortopedia	
Otorinolaringoiatria	
Urologia	



SINTESI ATTIVITA' CIO 2021

Nel corso dell'anno 2021 il Comitato per la lotta alle Infezioni Ospedaliere (CIO) ha sviluppato le sue attività seguendo direttrici organizzative che hanno preso le mosse da indicazioni della Sanità Regionale e Nazionale, oltre ad implementare azioni di prevenzione e contenimento delle infezioni stesse, già poste in essere negli anni precedenti.

Nel 2021 sono state realizzate le seguenti linee di attività:

- ☞ **ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP - PNCAR - CRE**
- ☞ **PROCEDURE AZIENDALI ED ISTRUZIONI OPERATIVE: ELABORAZIONE E AGGIORNAMENTO**
- ☞ **MONITORAGGIO MICROBIOLOGICO AMBIENTALE, DEI CAMPIONI BIOLOGICI E DELLE PROCEDURE DI SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI**
- ☞ **STUDI DI SORVEGLIANZA**
- ☞ **AZIONI PROATTIVE**
- ☞ **INIZIATIVE DI FORMAZIONE ED INFORMAZIONE A VALENZA AZIENDALE**

ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP - PNCAR - CRE

La DSA/CIO, e per loro tramite le Direzioni Mediche di Presidio, hanno provveduto a comunicare a tutto il personale sanitario le informative pervenute dal Ministero della Salute e dall'Assessorato Regionale della Salute in merito al rischio di diffusione di alcune patologie infettive, riguardo alla segnalazione e al contenimento dei casi e in particolare:

- Al fine di dare attuazione alla Circolare DGPRE 0001479 del Ministero della Salute "2019 - Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE)" del 17/01/2020, continua la segnalazione, tramite piattaforma informatica regionale www.qualitasicilia.ssr.it, di tutti i casi di positività a una o più emocolture per *Klebsiella Pneumoniae* ed *Escherichia coli*.

- Per la sorveglianza delle ICA la principale fonte di informazione è rappresentata dai dati forniti dalle UOC Patologia Clinica dei due Presidi Ospedalieri, che permettono l'immediato riconoscimento di germi "sentinella", cioè di ceppi batterici multiresistenti di particolare significato epidemiologico. Questi dati sui germi MDRO vengono immessi in un database aziendale, condiviso con il personale del CIO, che permette di avviare indagini epidemiologiche, per singola segnalazione, attivando i provvedimenti necessari per il contenimento dell'infezione, concordando, in particolare, con la U.O. interessata, la specifica modalità di isolamento e i provvedimenti da adottare.

Alla Nota Ministeriale su citata, ha fatto seguito la Nota Regionale Prot. n. 45523 del 04/11/2021 avente per oggetto "Adesione alla Direttiva Regionale CRE 21392/2021 - Sorveglianza delle batteriemie da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) - PNCAR e alla circolare del Ministero della Salute prot. 1479 del 17 gen. 2020", che ha ribadito le modalità e i tempi di raccolta delle segnalazioni.

A latere, per ottemperare alle disposizioni impartite dall'Assessorato Regionale della Salute, con nota Prot. DASOE/8/30145 DELL'01/09/2020 recanti le azioni richieste dal D.A. 703/2020 dell'08/04/2020, si è istituito, con Delibera n. 340 del 26 marzo 2021, il Team Aziendale "antimicrobial Stewardship" e i referenti PNCAR per le singole UU.OO..



PROCEDURE AZIENDALI ED ISTRUZIONI OPERATIVE: ELABORAZIONE E AGGIORNAMENTO

Sono state pubblicate sul sito intranet aziendale e diffuse con nota, alle UU.OO., la terza revisione della Procedura "Controllo microbiologico ambientale nelle sale operatorie", la prima revisione della "Procedura Gestione Alert" e la Procedura CRE.

MONITORAGGIO MICROBIOLOGICO AMBIENTALE, DEI CAMPIONI BIOLOGICI E DELLE PROCEDURE DI SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI

Anche per l'anno 2021 è stato eseguito il controllo microbiologico nelle sale operatorie, secondo le Linee Guida sugli Standard di Sicurezza e di Igiene del Lavoro nel Reparto Operatorio dell'ISPESL, con l'obiettivo di valutare il corretto funzionamento dell'impianto e delle procedure di disinfezione, con rilevamento dei valori nel range di normalità secondo le sopra citate linee guida, sia per il Presidio del P.O. Garibaldi Nesima e sia per il P.O. Garibaldi Centro.

Le Direzioni Mediche dei PP.OO., assicurano la verifica della corretta attuazione delle procedure di sanificazione mediante l'esecuzione di monitoraggi periodici sul processo e il livello di igiene tramite la compilazione di apposite check-list a tale scopo elaborate. In aggiunta a questa check-list, ogni UU.OO. è tenuta a compilare quotidianamente un'apposita scheda di conformità applicazione CIO/sicurezza del paziente.



STUDI DI SORVEGLIANZA

L'ARNAS ha partecipato per l'anno 2021, allo:

- Studio multicentrico di sorveglianza attiva prospettica delle infezioni nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva-Progetto SPIN-UTI, promosso dalla SITI (Società di Igiene) e dal GISIO (Gruppo italiano di Studio di Igiene Ospedaliera);
- Rete MIC - Dati di sorveglianza regionale delle resistenze, anno di riferimento 2021.
- Indagini Osservazionali sull'igiene delle mani, secondo il modello OMS, nel reparto di UTIN e Terapia Intensiva adulti del Presidio Garibaldi di Nesima. E' stata celebrata il 5 Maggio 2021 la Giornata Mondiale sull'igiene delle mani con restituzione dei dati sulle osservazioni e consumo della molecola idroalcolica alle UU.OO. coinvolte nel monitoraggio. Sono state stampate con il Logo dell'OMS, celebrativo della ricorrenza, Magliette e Orologi distribuiti in tutte le UU.OO.

AZIONI PROATTIVE

- Vaccinazione antiinfluenzale e antipneumococcica;
- Vaccinazione anti Epatite B;
- Vaccinazione anti Morbillo e Rosalia;
- Vaccinazione anti Covid-19.

In particolare: al fine, sia di soddisfare la richiesta di quanti intendevano sottoporsi a profilassi vaccinale in tempo utile, sia di dare seguito ai contenuti della disposizione regionale sopra riferita, tutti i Direttori delle UUOO sono stati invitati a:

1. coinvolgere il personale afferente alla propria U.O., congiuntamente all'affissione della locandina realizzata dalla Direzione Sanitaria.
2. raccogliere le adesioni alla somministrazione vaccinale, redigendo apposito elenco, utile anche a valutare il reale fabbisogno di dosi e in caso di dissenso, le non adesioni utilizzando i moduli predisposti dalla Direzione Sanitaria.

L'avvio della campagna vaccinale antinfluenzale è stata anche pubblicata nella homepage del sito aziendale.

Giorno **14 Gennaio 2022** è stata organizzata, così come proposto dall'Assessorato Regionale della Salute, la **Giornata INFLU-DAY**, con una serie di iniziative volte a veicolare l'importanza della Campagna anti-influenzale.

INIZIATIVE DI FORMAZIONE ED INFORMAZIONE A VALENZA AZIENDALE

Nella lotta alle infezioni correlate all'assistenza ampio spazio viene dedicato alle attività di informazione e formazione, coinvolgendo tutte le figure professionali.

Sono stati organizzati e realizzati i seguenti eventi:

- Formazione COVID-19, vestizione e svestizione e utilizzo DPI e utilizzo della barella di Biocontenimento", tenuta dal personale dell'U.O.C. PS/MCAU/BIOCONTENIMENTO, rivolte agli operatori sanitari dell'ARNAS;
- La corretta gestione della documentazione sanitaria: responsabilità e rischi, anche riguardo al rischio infettivo, 3 edizioni;
- D.A. 703/2020: antimicrobial stewardship, approccio multidisciplinare e competenze per una corretta pratica clinica, 2 edizioni;
- Le buone pratiche evidence based per la prevenzione delle ICA, 5 edizioni.

Viene alimentato, con continuità, il sito intranet Coronavirus con le Note e le Direttive Nazionali, Regionali e Aziendali e altro materiale informativo utile al contenimento della pandemia da SARS-CoV-2.

