

PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2026

Documento
del
27.02.2026

Contenuti:

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

A1 Contesto organizzativo

ISTITUTO CLINICO CASALPALOCCO - GVM ROMA			
DATI STRUTTURALI			
<i>POSTI LETTO AUTORIZZATI: 92</i>		<i>POSTI LETTO ACCREDITATI: 76</i>	
Posti letto ordinari	76	Medicina	56
		Chirurgia	20
Posti letto diurni	0	Servizi Trasfusionali	1 (esterno in convenzione con Ospedale Grassi di Ostia)
Terapia Intensiva	8	Sale Operatorie	4
Blocchi Operatori	1	Sala Angiografica	1
DATI DI ATTIVITÀ^(A)			
Ricoveri ordinari	4377	Ricoveri diurni	0
Branche specialistiche	4	Prestazioni ambulatoriali erogate	5292

(A):

DATI ATTIVITA' AL 31/12/2025

Fonte del dato: Direzione Sanitaria

	<u>PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2026</u>	Documento del 27.02.2026
----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------

A2 Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti ^(A)	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Strutturali (15%) Tecnologici (0%) Organizzativi (15%) Procedure/ Comunicazione (70%)	Strutturali (20%) Tecnologici (15%) Organizzativi (25%) Procedure/ Comunicazione (40%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	7 CADUTE			
Eventi Sentinella	0			

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

Anno	N. Sinistri aperti(A)	Risarcimenti erogati(A)
Totale	2	0

(A): vanno riportati solo i sinistri e i risarcimenti relativi al rischio sanitario, escludendo quelli riferiti a danni di altra natura (ad esempio smarrimento effetti personali, danni a cose, ecc.)

A3 Descrizione della posizione assicurativa

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

PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2026

A4 Resoconto delle attività del piano precedente

Obiettivo A): Diffondere la cultura della sicurezza delle cure		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 – Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “corso base di Gestione del Rischio Clinico”	SI	Programma formativo di gruppo (GVM Campus) 2025 del personale sanitario.
Obiettivo B): Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 – Realizzazione di un centro di riferimento per la “chirurgia dell’obesità”	SI	Anno 2025 – n. 454 interventi chirurgici eseguiti
Obiettivo C): Promozione interventi mirati al contenimento degli eventi avversi		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 – Condivisione territorial per criticità dei ricoveri in “area medica”	SI	169 pz reinviati ai PS su 3413 ricoverati (<5%)

**PARS - PIANO ANNUALE PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO
ANNO 2026**

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 1 – Organizzazione di almeno un corso di formazione per mantenere elevato il numero di operatori formati sulla prevenzione del rischio infettivo nella struttura	SI	Accesso programma formativo di gruppo (GVM Campus)

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 4 – Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani attraverso uno specific Piano di Azione locale.	SI	Eseguita attività di monitoraggio igiene delle mani per l’anno 2025 (in allegato)

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

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
Attività 5 – Monitoraggio e contenimento degli eventi avversi (ICA)	SI	Indagine di prevalenza semestrale Anno 2025 (in allegato)

PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2026

A5 Matrice delle responsabilità

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

PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2026

A6 Obiettivi e attività

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ 1 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"
INDICATORE Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026
STANDARD Partecipazione di almeno il 50% del personale coinvolto.
FONTE Direzione Sanitaria
ATTIVITÀ 2 - Esecuzione periodica di audit di pertinenza della gestione del Rischio Clinico
INDICATORE Compilazione format audit + schede eventi al 31/12/2026
STANDARD Audit clinico, organizzativo; coinvolgimento del personale.
FONTE Direzione Sanitaria
OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA
ATTIVITÀ 1 - Realizzazione di un PDTA per la Chirurgia del pavimento pelvico
INDICATORE N. procedure chirurgiche "tricompartimentali" al 31.12.2026
STANDARD Approccio multidisciplinare: ginecologia - urologia - chirurgia generale
FONTE Direzione Sanitaria
OBIETTIVO C) PROMOZIONE INTERVENTI MIRATI AL CONTENIMENTO EVENTI AVVERSI
ATTIVITÀ 1 - Introduzione cartella clinica informatizzata
INDICATORE N. cartelle cliniche incomplete/totale cartelle cliniche
STANDARD Coinvolgimento intero personale
FONTE Direzione Sanitaria
ATTIVITÀ 2 - Effettuazione di attività di safety walk around nei reparti
INDICATORE Registrazione numero di controlli di conformità per farmaci, carrello d'emergenza, rifiuti
STANDARD Schede di registrazione; coinvolgimento intero personale
FONTE Direzione Sanitaria

	<u>PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2026</u>	Documento del 27.02.2026
----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

A7 Obiettivi e Attività per la Gestione del Rischio Infettivo

Obiettivo: Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo			
Attività A1: Organizzazione di almeno un corso di formazione per mantenere elevato il numero di operatori formati sulla prevenzione del rischio infettivo nella struttura			
Indicatore: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026			
Standard: Partecipazione di almeno il 50% dei dipendenti			
Fonte: Direzione Sanitaria			
	Infettivologo	Resp. Formazione	
Progettazione	R	C	
Accreditamento	C	R	
Esecuzione	R	C	
Obiettivo: Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi			
Attività B1: Implementazione del Piano di Azione Locale sul lavaggio delle mani			
Indicatore: Corretta esecuzione della procedura			
Standard: Monitoraggio della corretta esecuzione attraverso l'osservazione programmata			
Fonte: CICA			
	Resp. Reparto	Coord. Inf.co	Infettivologo
Progettazione	R	C	C
Esecuzione	R	C	C
Obiettivo C: Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi			
Attività C1: Indagine di prevalenza semestrale sulle principali ICA associabili alle prestazioni erogate			
Indicatore: Redazione report ICA entro il 31/12/2026			
Standard: Monitoraggio e condivisione dei dati con il personale coinvolto			
Fonte: CICA			
	Infettivologo	Dir San	Gruppo Gestione RC
Esecuzione	R	C	C
Monitoraggio	R	C	C

	<u>PARS - PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO ANNO 2026</u>	Documento del 27.02.2026
----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

Attività C2: Effettuazione di controlli periodici sul corretto utilizzo dei DPI e pulizia ambienti			
Indicatore: Numero sopralluoghi al 31/12/2026			
Standard: Schede, procedure, coinvolgimento del personale.			
Fonte: CICA			
	Infettivologo	Dir San	Gruppo Gestione RC
Esecuzione	R	C	C
Monitoraggio	R	C	C
Attività C3: Esecuzione di un monitoraggio in Area Chirurgica del consumo di antibiotici			
Indicatore: Numero schede di rilevazione delle Dosi Definite Giornaliere DDD/100gg al 31/12/2026			
Standard: Monitoraggio e condivisione dei dati con il personale coinvolto			
Fonte: CICA			
	Infettivologo	Dir San	Gruppo Gestione RC
Esecuzione	R	C	C
Monitoraggio	R	C	C

A8 MODALITA' DI DIFFUSIONE DEL PARS

Il PARS ICC 2026 viene illustrato al personale della struttura con diffusione capillare a tutti i livelli, previa presentazione alla Direzione Generale.

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

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

Il PARS ICC 2026 viene trasmesso al Centro Regionale Rischio Clinico.

A9 BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA e RIFERIMENTI NORMATIVI

Bibliografia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sitografia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Riferimenti Normativi

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



C.I.C.A. - STUDIO DI PREVALENZA *Sintesi dei dati anno 2025*

Nel corso dell'anno 2025 l'Istituto Clinico Casalpalocco ha consolidato la sua mission di ospedale per acuti raggiungendo importanti obiettivi sia nell'Area Medica che in quella Chirurgica. Nella prima ha soddisfatto ampiamente il "mandato" Regionale delle "ammissioni" dai Pronto Soccorso territoriali (3413 vs 1224); in Area Chirurgica, oltre all'ottenimento dell'accreditamento istituzionale per n. 4 p.l. nella branca di Ortopedia e Traumatologia (a fine luglio 2025), si è giunti a superare e quindi a centrare l'obiettivo dei 100 interventi di colecistectomia laparoscopica in un anno, imprescindibile indicatore di qualità del PNE.

Ciò si è tramutato in un numero totale di ricoveri pari a 4377 (2158 nel primo semestre e 2219 nel secondo semestre 2025).

Il riscontro nei degenti di microrganismi patogeni "sentinella" che hanno determinato l'erogazione di surplus di risorse da parte dell'Azienda (ovvero un inizio o un cambio di protocollo terapeutico, un allungamento della degenza, l'adozione di procedure di isolamento e/o trasferimento) è stato il seguente: 125 casi nel primo semestre (prevalenza del 4,54%) e 123 casi nel secondo semestre (prevalenza del 5,54%).

Nel primo semestre 2025 i microrganismi patogeni identificati con maggior frequenza sono risultati:

- *Klebsiella pneumoniae* (10 casi in area medica + 1 caso in area chirurgica)
- *Pseudomonas aeruginosa* (6 casi in area medica)
- *Stafilococchi* (60 casi in area medica)
- *Enterobatteri* (22 casi in area medica)
- *Candida albicans* (26 casi in area medica).

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

- *Klebsiella pneumoniae* (9 urinocoltura, 2 catetere vescicale)
- *Pseudomonas aeruginosa* (3 espettorato, 3 urinocoltura)
- *Stafilococchi* (prev. emocoltura)
- *Enterobatteri* (15 urinocoltura, 7 emocoltura)
- *Candida albicans* (16 urinocoltura, 4 tampone vaginale, 4 espettorato, 2 tampone ferita).



Piano di Azione Locale Igiene delle Mani ***Anno 2025/2026***

1. Obiettivi del Piano

Riduzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA): attualmente il dato rilevato di patogeni pericolosi per il degente ricoverato all'Istituto Clinico Casalpalocco è pienamente in linea con i dati nazionali ed internazionali e si attesta intorno al 5% dei ricoveri.

Percentuale di adesione all'igiene delle mani : attualmente all'ICC tale percentuale è del 93%.

Consumo di soluzione idroalcolica (CSIA): attualmente è 22,6 litri/1000 giornate di degenza.

2. Strategia Multimodale (Recepimento Determina Lazio G02044)

Il piano si articola sui 5 pilastri previsti dalla Regione Lazio:

Fase 1: Cambiamento del Sistema

È garantita la presenza di dispenser di soluzione idroalcolica in ogni stanza di degenza e in tutti i punti di cura/aree comuni.

Fase 2: Formazione ed Educazione

È effettuata la formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per tutto il personale nuovo (medico, infermieristico, OSS), incluso il personale delle pulizie e ausiliario nella formazione per la prevenzione del rischio infettivo.



Fase 3: Monitoraggio e Feedback

Vengono eseguiti audit per valutare l'adesione del personale durante le attività cliniche, rilevati i dati dei consumi di soluzione idroalcolica/sapone e condivisi i risultati durante le riunioni del Comitato Controllo Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) e con i coordinatori infermieristici.

Fase 4: Promozione e "Reminders" (Reminder in the workplace)

Vengono affissi dei poster con la tecnica del lavaggio/frizione (5 Moments) nei reparti, corridoi e aree di sosta.

Fase 5: Clima di Sicurezza del Paziente (Safety Climate)

Sono disponibili opuscoli informativi per pazienti e caregiver.

3. Azioni Specifiche e Tempistiche

Riunioni del Monitoraggio (allegati)

Formazione continua con GVM CAMPUS online (allegati)

4. Indicatori di Valutazione (Monitoraggio)

Percentuale di aderenza all'igiene delle mani (osservazione diretta):
93%

Litri di soluzione idroalcolica acquistati nell'anno 2025: 420 lt

Numero di sessioni formative effettuate: 2.



5. Riferimenti

Determina Regione Lazio n. G02044 del 26 febbraio 2021.
Linee guida OMS sull'igiene delle mani nelle strutture sanitarie.

IL DIRETTORE SANITARIO
DOTT. VITTORIO CHIGNOLI



Roma, 06/03/2025

Al Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Alla Direzione Sanitaria

In data 06/03/2025 è stata conclusa la PRIMA SESSIONE di osservazioni relative all'anno 2025, per la verifica del grado di adesione del personale sanitario alle pratiche di igiene delle mani.

Sono state osservate le attività eseguite presso il reparto di MEDICINA PIANO TERRA.

E' stata utilizzata 1 scheda di osservazione

Sono stati osservati n. 6 operatori

Totali indicazioni: 18

Totali azioni: 18

In base alla formula definita per il calcolo dell'adesione ($N: \text{Azioni} \times 100 / N. \text{Indicatori}$) il tasso di adesione risulta essere pari al 100 %

Durante l'osservazione emerge una soddisfacente gestione dell'igiene delle mani.

Durante le osservazioni è stata ribadita al personale l'importanza dell'adesione alle buone pratiche inerenti la corretta igiene delle mani, in modo da sensibilizzare ulteriormente il personale al rispetto delle linee guida in vigore.

I Coordinatori dei reparti sono stati invitati nuovamente a verificare che i poster dedicati al corretto frizionamento e lavaggio delle mani siano sempre presenti così come la presenza dei flaconi di gel alcolico.

M. Semeraro



Roma, 08/09/2025

Al Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Alla Direzione Sanitaria

In data 08/09/2025 è stata conclusa la TERZA SESSIONE di osservazioni relative all'anno 2025, per la verifica del grado di adesione del personale sanitario alle pratiche di igiene delle mani.

Sono state osservate le attività eseguite presso il reparto di MEDICINA 1 P.

E' stata utilizzata 1 scheda di osservazione

Sono stati osservati n. 6 operatori

Totali indicazioni: 18

Totali azioni: 16

In base alla formula definita per il calcolo dell'adesione ($N: \text{Azioni} \times 100 / N. \text{Indicatori}$) il tasso di adesione risulta essere pari al 88,8 %

Durante l'osservazione emerge una soddisfacente gestione dell'igiene delle mani.

Durante le osservazioni è stata ribadita al personale l'importanza dell'adesione alle buone pratiche inerenti la corretta igiene delle mani, in modo da sensibilizzare ulteriormente il personale al rispetto delle linee guida in vigore.

I Coordinatori dei reparti sono stati invitati nuovamente a verificare che i poster dedicati al corretto frizionamento e lavaggio delle mani siano sempre presenti così come la presenza dei flaconi di gel alcolico.

M. Semeraro



Roma, 16/12/2025

Al Comitato per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Alla Direzione Sanitaria

In data 16/12/2025 è stata conclusa la QUARTA SESSIONE di osservazioni relative all'anno 2025, per la verifica del grado di adesione del personale sanitario alle pratiche di igiene delle mani.

Sono state osservate le attività eseguite presso il reparto di MEDICINA 1 P.

E' stata utilizzata 1 scheda di osservazione

Sono stati osservati n. 6 operatori

Totali indicazioni: 18

Totali azioni: 16

In base alla formula definita per il calcolo dell'adesione ($N: \text{Azioni} \times 100 / N. \text{Indicatori}$) il tasso di adesione risulta essere pari al 88,8 %

Durante l'osservazione emerge una soddisfacente gestione dell'igiene delle mani.

Durante le osservazioni è stata ribadita al personale l'importanza dell'adesione alle buone pratiche inerenti la corretta igiene delle mani, in modo da sensibilizzare ulteriormente il personale al rispetto delle linee guida in vigore.

I Coordinatori dei reparti sono stati invitati nuovamente a verificare che i poster dedicati al corretto frizionamento e lavaggio delle mani siano sempre presenti così come la presenza dei flaconi di gel alcolico.

M. Semeraro

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

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

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

TABELLA A2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
INADEGUATO (punteggio 0-25)	BASE (punteggio 26-50)
<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione: analizzare le attuali infrastrutture per l'igiene delle mani; • Prodotti per l'igiene delle mani: prendere decisioni in merito all'approvvigionamento di soluzione alcolica; • Sostegno da parte della Direzione: per il cambiamento del sistema. 	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione: mappare le risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza; • Prodotti per l'igiene delle mani: fornire progressivamente prodotti e relative istruzioni al punto di assistenza in tutta la struttura con un calendario di attuazione definito; • Sostegno da parte della Direzione: a breve e lungo termine, anche finanziario, per un continuo approvvigionamento dei prodotti. 	
AVANZATO (punteggio 76-100)	
<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione: valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso; • Prodotti per l'igiene delle mani: rendere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza; • Sostegno da parte della Direzione: effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria Struttura e condividerla con i dirigenti apicali. 	

INDICATORI DI STRUTTURA

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

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

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

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

TABELLA B1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
FORMAZIONE PERSONALE			
AZIONE	R	T	M
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.			
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.			
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).			
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).			
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.			
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.			
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.			

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

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

TABELLA B2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE
FORMAZIONE DEL PERSONALE
INADEGUATO (punteggio 0-25)
BASE (punteggio 26-50)

- **Pianificazione:** valutare la disponibilità di formatori e osservatori qualificati;
- **Esecuzione:** formare i formatori e gli osservatori; progettare un programma per la formazione obbligatoria di tutto il personale; sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione di base da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.
- **Sostegno da parte della Direzione.**

INTERMEDIO (punteggio: 51-75)

- **Valutazione dei bisogni:** pianificare la formazione sull'igiene delle mani incentrata sul Piano di intervento in base alle conoscenze del personale, alla percezione della sua importanza e ai risultati del monitoraggio;
- **Pianificazione:** definire e implementare un programma per la validazione delle competenze degli osservatori;
- **Esecuzione:** fornire programmi di formazione aggiornati per il personale sulla base di una valutazione dei bisogni formativi;
- **Supporto:** assicurarsi il supporto da parte del personale apicale;
- **Sostenibilità:** sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.

AVANZATO (punteggio 76-100)

- **Formazione:** formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per i nuovi dipendenti e formazione continua per tutto il personale utilizzando metodi differenziati e innovativi;
- **Integrazione e allineamento:** prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile;
- **Valutazione:** valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione;

INDICATORI DI STRUTTURA

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

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

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

SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SI	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SI	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SI	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SI	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
	≥ 81%	30
C.5 Feedback		
C.5.1 Feedback immediato: al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SI	5
C.5.2 Feedback sistematico: viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SI	7.5
C.5.3 Feedback sistematico: viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	SI	7.5

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

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

TABELLA B2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
FORMAZIONE DEL PERSONALE	
INADEGUATO (punteggio 0-25)	BASE (punteggio 26-50)
<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione regolare: dare priorità alle attività di valutazione per definire il livello base di compliance degli operatori sulla igiene delle mani. Prevedere un regolare follow-up di queste attività; • Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; • Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente. 	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione regolare: effettuare le attività di osservazione con cadenza regolare, definita sulla base della complessità organizzativa della Struttura; monitorare anche altri indicatori (ad es. consumo di soluzione alcolica; conoscenza e percezione dell'importanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori); • Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; • Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente; 	

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

AVANZATO (punteggio 76-100)

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

INDICATORI DI STRUTTURA

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

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

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

INDICATORI DI PROCESSO

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

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

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

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

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

FORMAZIONE DEL PERSONALE

INADEGUATO (punteggio 0-25)

BASE (punteggio 26-50)

- **Risorse:** valutare la qualità e la quantità del materiale informativo disponibile;
- **Consegna dei messaggi:** fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria nei reparti e nelle aree di trattamento;
- **Impatto:** descrivere l'uso e l'importanza dei promemoria a tutte le persone interessate nella struttura;
- **Sostenibilità:** pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, per esempio poster.

INTERMEDIO (punteggio: 51-75)

- **Risorse:** definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati;
- **Consegna dei messaggi:** fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria in tutti gli ambienti clinici;
- **Sostenibilità:** pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli.

AVANZATO (punteggio 76-100)

- **Risorse:** raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti;
- **Consegna dei messaggi:** fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici;
- **Sostenibilità:** produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli, basati sulle specificità locali e sui "media" disponibili. Condividere il materiale con altre Strutture.

INDICATORI DI STRUTTURA

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

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

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

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

TABELLA E1 – INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT			
AZIONE	R	T	M
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo.			
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.			
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.			
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.			
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.			
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.			
Rivedere l'attuale coinvolgimento dei pazienti nelle attività di miglioramento dell'assistenza sanitaria e considerare i tempi per avviare discussioni/collaborazioni continue con le principali organizzazioni di pazienti.			
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).			
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.			
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.			
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.			

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

TABELLA E2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	
INADEGUATO (punteggio 0-25)	BASE (punteggio 26-50)
<ul style="list-style-type: none"> • Approccio multimodale: elaborare un piano di autovalutazione periodica; • Budget: valutare la riserva di un budget per queste attività; • Comunicazione: supportare regolarmente gli operatori, presentare i risultati e i progressi ottenuti • Coinvolgimento dei pazienti. 	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
<ul style="list-style-type: none"> • Approccio multimodale: proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti; • Budget: assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento; • Ruoli e Capacità: riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento; • Comunicazione: oltre alla comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondere il messaggio attraverso altri canali (ad esempio rivista interna, pagine web, eventi); • Coinvolgimento dei pazienti: sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori 	
AVANZATO (punteggio 76-100)	
<ul style="list-style-type: none"> • Approccio multimodale: continuare l'autovalutazione nell'ottica del miglioramento continuo; • Coinvolgimento dei pazienti: facilitare le interazioni tra pazienti e operatori sanitari su questo tema; • Promuovere il miglioramento: valutare la possibilità di premiare i comportamenti virtuosi, individuali e/o di reparto; • Sostenibilità: incorporare gli obiettivi sull'igiene delle mani negli obiettivi di budget anche relativi ad altre attività (ad esempio, piani di contrasto all'antimicrobicoresistenza); presentare l'igiene delle mani come parte del programma generale di miglioramento della sicurezza del paziente e di miglioramento della qualità; • Capacità: stanziare risorse per sostenere e la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali. 	



5. Misure di Prevenzione e Gestione

L'ufficio tecnico coordina le misure di manutenzione ordinaria quali la decalcificazione regolare di rompigitto e soffioni doccia e il flussaggio settimanale dei punti poco utilizzati per evitare stagnazioni.

La Direzione Sanitaria, coadiuvata dall'Ufficio Qualità e dalla Direzione Infermieristica, sovrintende alla corretta gestione dei dispositivi medici, attraverso protocolli specifici per l'uso di acqua sterile in apparecchiature per aerosol e terapia respiratoria.

6. Documentazione

L'ufficio tecnico e la Direzione Sanitaria garantiscono l'archiviazione della documentazione di ogni operazione di manutenzione, disinfezione, interventi straordinari nonché dei risultati dei campionamenti effettuati dal laboratorio.

7. Formazione

Nell'ultimo anno (2025), sono stati organizzati eventi formativi inerenti il rischio "legionellosi in ospedale" a cui ha partecipato il personale del TH sia in presenza che da remoto. A coordinare la formazione il TH si avvale della collaborazione del GVM CAMPUS, centro di formazione e aggiornamento professionale di GVM Care & Research e provider ECM accreditato.

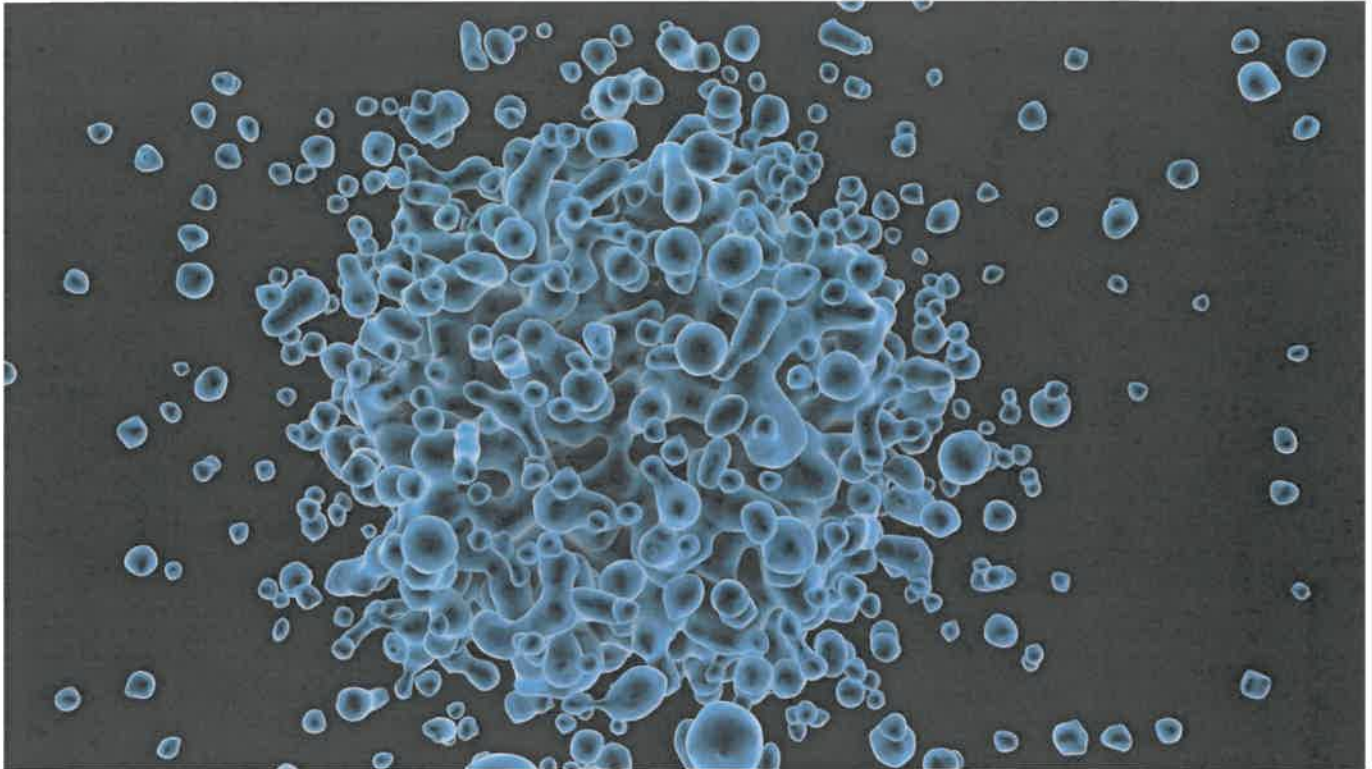
IL DIRETTORE SANITARIO
DOTT. VITTORIO CHIGNOLI

CORSI

ONLINE

07 FEB 2025 - DALLE ORE 15.00 ALLE ORE 18.00

La gestione del rischio sepsi nelle strutture ospedaliere - ED.2



45€

Prezzo (iva inc.)

25

Partecipanti

5,4

Crediti ECM

[Aggiungi ai preferiti](#)

[Scheda informativa](#)

[Condividi il corso](#)

▼ **Dettagli sul corso**

▶ Programma

▶ Modalità di iscrizione

▶ Elenco Docenti

Dettagli sul corso

La sepsi è una patologia acuta, a rapida evolutività, gravata da elevata mortalità se non riconosciuta e trattata adeguatamente. L'incidenza stimata a livello mondiale supera i 270 casi per 100.000 abitanti/anno con più di 2 milioni di casi l'anno, ed un tasso di mortalità che varia, a seconda delle aree interessate, tra il 20 e il 40%. L'incidenza della sepsi è ad oggi in continuo aumento, parallelamente all'età media della popolazione, alla cronicizzazione di molte malattie con conseguente immunodepressione ed immuno-paralisi ed alla



Programma Corso

“La gestione del rischio sepsi nelle strutture sanitarie”

Premessa

La sepsi è una patologia acuta, a rapida evolutività, gravata da elevata mortalità se non riconosciuta e trattata adeguatamente. L'incidenza stimata a livello mondiale supera i 270 casi per 100.000 abitanti/anno con più di 2 milioni di casi l'anno, ed un tasso di mortalità che oscilla, a seconda delle aree interessate, tra il 20 e il 40%. L'incidenza della sepsi è ad oggi in continuo aumento, parallelamente all'età media della popolazione, alla cronicizzazione di molte malattie con conseguente immunodepressione ed immuno-paralisi ed alla maggiore invasività delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Risulta quindi fondamentale acquisire le competenze necessarie al riconoscimento precoce di tale condizione per poter mettere in atto le strategie utili al suo trattamento tempestivo.

Obiettivi formativi

Fornire le conoscenze di livello base sul contrasto alla sepsi in particolare illustrando le modalità di identificazione e di gestione di questa condizione con particolare riguardo all'eziologia infettiva ed ai principi del trattamento antibiotico.

Destinatari

Generale, tutte le professioni

Metodologia

Lezione

Durata del corso

2 edizioni, da 3 ore ciascuna.

Numero di partecipanti

Massimo 25

Sede del corso

FAD Sincrona

Procedure di valutazione



Crediti ECM

Non previsti per questo corso

Docente

Prof. Renato Pascale

ECM CORSI ONLINE

30 GEN 2025 - E 5 FEBBRAIO

Sicurezza delle cure e clinical risk management - ED.2



48,40€

Prezzo (iva inc.)

50

Partecipanti

7,2

Crediti ECM

[Aggiungi ai preferiti](#)

[Scheda informativa](#)

[Condividi il corso](#)

▼ Programma

▶ Modalità di iscrizione

▶ Elenco Docenti

Programma

Due edizioni da 4 ore, suddivise in moduli da 2 ore ciascuno.

MODULO 1

Martedì 26/11/2024, dalle 15.00 alle 17.00

Mercoledì 04/12/2024, dalle 15.00 alle 17.00



Programma Corso

“Sicurezza delle cure e clinical risk management”

Premessa

Le aspettative di benessere fisico psichico e sociale di ogni cittadino si confrontano con il servizio sanitario ponendo un obiettivo di sicurezza, appropriatezza e qualità delle cure. Oggi circa 1 persona su 10 che si sottopone a un trattamento sanitario incorre in una qualche tipologia di evento avverso, dall'errore di identificazione con somministrazione di farmaco errato, alla caduta in ospedale, all'infezione contratta durante il ricovero, all'errata refertazione di un esame strumentale. L'evento avverso e in generale il rischio nel processo di erogazione delle cure dipende da fattori umani, strutturali, organizzativi e tecnologici e va osservato come un fenomeno sociale. Tuttavia, molto rimane sommerso poiché non segnalato, mentre la consapevolezza di sbagliare e del valore della segnalazione di “anomalie” nell'erogazione delle cure possono essere funzionali ad approfondire questi fattori, migliorare i comportamenti e i processi e così garantire un'esperienza di cura ottimale al paziente assistito.

Obiettivi formativi

Conoscere la terminologia correlata alla gestione del rischio clinico e la sua contestualizzazione tra i rischi aziendali; comprendere il significato di rischio e di prevenzione in sanità; conoscere lo scopo e gli strumenti per la prevenzione e gestione del rischio clinico; accrescere la consapevolezza del valore del comportamento del singolo nel sistema e del contributo della segnalazione; individuare, misurare e gestire i principali rischi nel contesto assistenziale; conoscere il valore della comunicazione efficace; conoscere il valore del confronto e della misurazione degli esiti.

Destinatari:

personale sanitario

Metodologia: lezione interattiva con casi-problema, esercizi di analisi e gestione del rischio, gestione di un evento sentinella.

Durata del corso:

2 edizioni da 4 ore, suddivise in moduli da 2 ore

Numero di partecipanti



Massimo 30

Sede del corso

FAD Sincrona

Procedure di valutazione

- Test di valutazione ECM dei discenti
- Questionario di gradimento del corso

Crediti ECM

Previsti per questo corso

Docente

Dott. Vittorio Bolcato