



**PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL  
RISCHIO SANITARIO  
(PARS)  
2026**

**Tiberia Hospital  
Roma**



## Indice

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO.....	3
2. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI .....	3
3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	4
4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE.....	4
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ .....	5
6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ.....	6
6.1. Obiettivi.....	6
6.2. Attività .....	6
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO .....	8
7.1. Obiettivi.....	8
7.2. Attività .....	8
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO .....	9
9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	9

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

TIBERIA HOSPITAL GVM ROMA			
DATI STRUTTURALI			
POSTI LETTO AUTORIZZATI: 132		POSTI LETTO ACCREDITATI: 107	
Posti letto ordinari	98	Medicina	49
		Chirurgia	49
Posti letto diurni	9	Servizi Trasfusionali	1 (esterno in convenzione Pol. Umberto I)
Blocchi Operatori	1	Sale Operatorie	6
DATI DI ATTIVITÀ <sup>(A)</sup>			
Ricoveri ordinari	4801	Ricoveri diurni	820
Branche specialistiche	9	Prestazioni ambulatoriali erogate	142564

(A) Fonte: Direzione Sanitaria Tiberia Hospital al 31/12/2025.

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

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	Principali fattori causali/contribuenti <sup>(A)</sup>	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	0	Strutturali (24%) Tecnologici (0%) Organizzativi (66%) Procedure/ Comunicazione (10%)	Strutturali (24%) Tecnologici (0%) Organizzativi (66%) Procedure/ Comunicazione (10%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	11			
Eventi Sentinella	0			
	CADUTE			

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

Anno	N. Sinistri aperti(A)	Risarcimenti erogati(A)
<b>Totale</b>	15	1

(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.)

### 3. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Tiberia Hospital si avvale della polizza assicurativa Relyens Mutual Insurance.

### 4. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ DEL PIANO PRECEDENTE

<b>Obiettivo A: DIFFONDERE LA SICUREZZA DELLE CURE</b>		
Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	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.
<b>Obiettivo B: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</b>		
Attività 1 – Realizzazione di un Punto di Primo Soccorso Privato	SI	Anno 2025 2155 accessi e 3335 prestazioni
<b>Obiettivo C: PROMOZIONE INTERVENTI MIRATI AL CONTENIMENTO EVENTI AVVERSI</b>		
Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
Attività 1 – Implementazione unità operative di chirurgia robotica	SI	Anno 2025 66 procedure di chirurgia robotica (generale, urologia, ginecologia)
<b>Obiettivo D: MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA</b>		
Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
Attività 1 – Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA	SI	Esecuzione di indagine di prevalenza semestrale (in allegato relazione dati 2025)

Obiettivo E: IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE		
Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
Attività 1 – Piano di azione locale “igiene delle mani”	SI	Eseguita attività di monitoraggio trimestrale igiene delle mani per l'intero anno 2025. (in allegato revisione del Piano e relazione)
Obiettivo F: DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata <sup>(B)</sup>	Stato di attuazione
Attività 1 – Esecuzione di almeno un'edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA	SI	Programma formativo di gruppo (GVM Campus) 2025 del personale sanitario.

## 5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La realizzazione del PARS riconosce almeno le seguenti specifiche responsabilità:

1. **Risk Manager**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano a esclusione di quella specifica sul rischio infettivo. Invia il PARS al CRRC;
2. **Direttore Sanitario/Presidente del CCICA**: redige e monitora l'implementazione della parte del Piano specifica sul rischio infettivo (punto A8);
3. **Responsabile UO Affari Legali/Affari Generali**: redige la parte del Piano specifica sulla sinistrosità e la copertura assicurativa (punti A3 e A4);
4. **Direzione Strategica/Proprietà della Struttura**: si impegna ad adottare il PARS con Deliberazione o atto equipollente in tempo utile per consentire l'invio del documento al CRRC entro il 28 febbraio di ogni anno; si impegna a fornire all'organizzazione le risorse e le opportune direttive (ad esempio tramite la definizione di specifici obiettivi di budget) per la realizzazione delle attività previste dal Piano.

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

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

(1) Ove non coincida con il Presidente CCICA.

## 6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ

### 6.1. Obiettivi

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.
- B) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.
- C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle Strutture.

### 6.2. Attività

In questa sezione vanno elencate le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi definiti al punto 6.1.

<b>OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE</b>
<b>ATTIVITÀ 1</b> - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un "Corso Base di Gestione Del Rischio Clinico"
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026
<b>STANDARD</b> Partecipazione di almeno il 50% del personale coinvolto.
<b>FONTE</b> Direzione Sanitaria
<b>ATTIVITÀ 2</b> – Esecuzione periodica di audit di pertinenza della gestione del Rischio Clinico
<b>INDICATORE</b> Compilazione format audit + schede eventi entro il 31/12/2026
<b>STANDARD</b> Audit clinico, organizzativo, coinvolgimento del personale.
<b>FONTE</b> Direzione Sanitaria
<b>OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA</b>
<b>ATTIVITÀ 1</b> – Implementazione in Chirurgia Robotica di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) standardizzati per ridurre la variabilità ingiustificata e garantire cure basate sulle evidenze.
<b>INDICATORE</b> Anno 2026: percentuale di aderenza nei percorsi urologici e ginecologici
<b>STANDARD</b> Multidisciplinarietà
<b>FONTE</b> Direzione Sanitaria
<b>OBIETTIVO C) PROMOZIONE INTERVENTI MIRATI AL CONTENIMENTO EVENTI AVVERSI</b>
<b>ATTIVITÀ 1</b> – Implementazione di un sistema software avanzato di tracciabilità per la sicurezza trasfusionale.
<b>INDICATORE</b> Riduzione al minimo delle trascrizioni manuali – Anno 2026 N°PZ inseriti nell'intero percorso: dal prelievo ematico iniziale all'emocomponente finale.
<b>STANDARD</b> Coinvolgimento intero personale (reparti e blocco operatorio)
<b>FONTE</b> Direzione Sanitaria
<b>ATTIVITÀ 2</b> – Effettuazione di attività di safety walk around nei reparti
<b>INDICATORE</b> Registrazione numero di controlli di conformità per farmaci, carrello d'emergenza, rifiuti
<b>STANDARD</b> Schede di registrazione, coinvolgimento intero personale.
<b>FONTE</b> Direzione Sanitaria

## 7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

In questo capitolo sono declinati gli obiettivi e le relative attività specifici sulla gestione del rischio infettivo.

### 7.1. Obiettivi

Gli obiettivi strategici regionali sono stati definiti in modo da armonizzarsi con quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e dal Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) e sono i seguenti:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico Piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;
- C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE).

### 7.2. Attività

#### OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

**ATTIVITÀ 1** - Progettazione ed esecuzione di almeno un'edizione di un corso sul monitoraggio e la prevenzione delle ICA

#### INDICATORE

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31/12/2026

#### STANDARD

Partecipazione di almeno il 50% del personale sanitario.

#### FONTE

CICA

#### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	CICA	UO Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

<b>OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO UNO SPECIFICO PIANO DI AZIONE LOCALE</b>
<b>ATTIVITÀ 1 – Piano di azione locale – Igiene delle Mani</b>
<b>INDICATORE</b> Esecuzione dell'attività di monitoraggio igiene delle mani almeno trimestralmente entro il 31/12/2026
<b>STANDARD</b> Allineamento del personale alle procedure.
<b>FONTE</b> Direzione Sanitaria

<b>OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI MONITORAGGIO E /O CONTENIMENTO DELLE ICA</b>
<b>ATTIVITÀ 1 – Esecuzione di indagini di prevalenza sulle principali ICA</b>
<b>INDICATORE</b> Esecuzione di indagine di prevalenza semestrale entro il 31/12/2026
<b>STANDARD</b> Monitoraggio e condivisione dei dati con il personale coinvolto.
<b>FONTE</b> CICA
<b>ATTIVITÀ 2 – Effettuazione di controlli periodici sul corretto utilizzo dei DPI e pulizia ambienti</b>
<b>INDICATORE</b> Numero registrazione sopralluoghi al 31/12/2026
<b>STANDARD</b> Schede, procedure, coinvolgimento del personale.
<b>FONTE</b> CICA
<b>ATTIVITÀ 3 – Esecuzione di un monitoraggio in Area Chirurgica del consumo di antibiotici</b>
<b>INDICATORE</b> Numero schede di rilevazione delle Dosi Definite Giornaliere DDD/100gg al 31/12/2026
<b>STANDARD</b> Monitoraggio e condivisione dei dati con il personale coinvolto.
<b>FONTE</b> CICA

## 8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

La pubblicazione di tale documento avverrà sulla home page della struttura e sull'intranet aziendale.

## 9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- ✓ [https://www.regione.lazio.it/binary/rl\\_sanita/tbl\\_contenuti/Det\\_G12355\\_LLGG\\_eventi\\_avversi\\_sentinella\\_burl.pdf](https://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_contenuti/Det_G12355_LLGG_eventi_avversi_sentinella_burl.pdf)

- ✓ “Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella” del Ministero della Salute
- ✓ Raccomandazioni Ministeriali applicabili per il rischio clinico
- ✓ <http://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioContenutiSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=lineeguida>
- ✓ Ministero della Salute “Risk Management in sanità – il problema degli Errori” commissione tecnica sul rischio clinico DM 5 marzo 2003
- ✓ sito internet <https://www.gvmnet.it/strutture/tiberia-hospital-roma>



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

Il 2025 ha visto il Tiberia Hospital confermarsi quale presidio ospedaliero per acuti di riferimento per il territorio di Roma nord-est sia per l'attività chirurgica d'eccellenza (chirurgia robotica, ortopedia protesica, microchirurgia vertebrale, urologia, oculistica, ginecologia) e sia in ambito medico con il raggiungimento dei "target" Regionali prefissati (numero di ammissioni dai pronto soccorso territoriali).

Ciò si è tramutato in un totale di ricoveri per l'anno pari a 4801 (2730 nel primo semestre e 2071 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: 124 casi nel primo semestre (prevalenza dello 4,54%) e 113 casi nel secondo semestre (prevalenza dello 5,46%).

Nel primo semestre 2025, i seguenti microrganismi sono stati quelli maggiormente attenzionati:

- *Klebsiella pneumoniae* (20 casi in area medica)
- *Pseudomonas aeruginosa* (22 casi in area medica)
- *Acinetobacter baumannii* (2 casi in area medica)
- *Enterobatteri* (19 casi in area medica)
- *Escherichia* (16 casi in area medica + 1 in area chirurgica)
- *Proteus mirabilis* (16 casi in area medica)
- *Stafilococchi* (28 casi in area medica)

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

- *Klebsiella pneumoniae* (9 urinocoltura, 3 emocoltura, 2 espettorato, 2 catetere vescicale, 3 tampone ferita, 1 raccolta liq.)
- *Pseudomonas aeruginosa* (11 espettorato, 3 catetere vescicale, 3 urinocoltura, 1 emocoltura, 4 tampone ferita)
- *Acinetobacter baumannii* (2 emocoltura)
- *Enterobatteri* (2 tampone ferita, 13 urinocoltura, 4 emocoltura)
- *Escherichia* (prev. urinocoltura); *Proteus mirabilis* (prev. urinocoltura)
- *Stafilococchi* (prev. emocoltura).



Nel secondo semestre 2025, i seguenti microrganismi sono stati quelli maggiormente attenzionati:

- *Klebsiella pneumoniae* (26 casi in area medica + 1 in area chirurgica)
- *Pseudomonas aeruginosa* (17 casi in area medica)
- *Acinetobacter baumannii* (1 casi in area medica)
- *Enterobatteri* (22 casi in area medica)
- *Escherichia* (10 casi in area medica)
- *Proteus mirabilis* (16 casi in area medica).
- *Stafilococchi* (19 casi in area medica + 1 in area chirurgica)

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

- *Klebsiella pneumoniae* (15 urinocoltura, 4 emocoltura, 5 espettorato, 2 catetere vescicale, 1 tampone ferita)
- *Pseudomonas aeruginosa* (9 espettorato, 4 catetere vescicale, 4 urinocoltura)
- *Acinetobacter baumannii* (1 catetere vescicale)
- *Enterobatteri* (prev. urinocoltura)
- *Proteus mirabilis* (prev. urinocoltura).
- *Stafilococchi* (prev. emocoltura).

IL DIRETTORE SANITARIO  
DOTT. VITTORIO CHIGNOLI



## ***Piano di Azione Locale Igiene delle Mani*** ***GVM Tiberia Hospital - 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 al Tiberia Hospital 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 al TH tale percentuale è del 97%.

*Consumo di soluzione idroalcolica (CSIA):* attualmente è 28,7 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): 97%

Litri di soluzione idroalcolica acquistati nell'anno 2025: 495,95 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.

GVM Tiberia Hospital - Procedure Interne (VTI-62-02.25-S-ITA).

IL DIRETTORE SANITARIO  
DOTT. VITTORIO CHIGNOLI

Roma 24/03/2025

Al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza  
Al Responsabile della Qualità  
Alla Direzione Sanitaria

In data 24/03/2025 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 i Servizi dei Poliambulatori SSN e Privati, *Dental Unit*, Preospedalizzazione/PPS, Servizio FKT, Servizio di Diagnostica per Immagini, Emodialisi, Laboratorio Analisi, Reparto Solventi, Chirurgia e Medicina, Sala risveglio, Sala endoscopia e Blocco Operatorio.

Sono state utilizzate n.12 schede di osservazione

Sono stati osservati in totale n. 44 operatori

Dalle osservazioni risulta quanto segue:

Totale indicazioni: 117

Totale azioni positive eseguite: 115

In base alla formula definita per il calcolo dell'adesione ( $N: \text{Azioni} \times 100 / N. \text{Indicazioni}$ ) il tasso di adesioni risulta essere pari al 98,29%.

Dalle osservazioni emerge una soddisfacente gestione dell'igiene delle mani.

Durante le osservazioni al personale è stata ribadita 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 a controllare nuovamente la presenza delle vignette "Lavaggio delle mani con acqua e sapone" vicino ai lavandini e le vignette "Come frizionare le mani con la soluzione alcolica" presenti vicino alle postazioni con la soluzione igienizzante.

Chiara De Simone



Roma 30/06/2025

Al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza  
Al Responsabile della Qualità  
Alla Direzione Sanitaria

In data 30/06/2025 è stata conclusa la SECONDA 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 i Servizi dei Poliambulatori SSN e Privati, *Dental Unit*, Preospedalizzazione, Servizio FKT, Servizio di Diagnostica per Immagini, Emodialisi, Laboratorio Analisi, Reparto Solventi, Chirurgia e Medicina, Sala risveglio, Sala endoscopia e Blocco Operatorio.

Sono state utilizzate n.14 schede di osservazione

Sono stati osservati in totale n. 48 operatori

Dalle osservazioni risulta quanto segue:

Totale indicazioni: 106

Totale azioni positive eseguite: 100

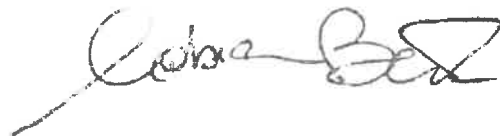
In base alla formula definita per il calcolo dell'adesione ( $N: \text{Azioni} \times 100 / N. \text{Indicazioni}$ ) il tasso di adesioni risulta essere pari al 94,34%.

Dalle osservazioni emerge una soddisfacente gestione dell'igiene delle mani.

Durante le osservazioni al personale è stata ribadita l'importanza dell'adesione alle buone pratiche inerenti alla 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 a controllare nuovamente la presenza delle vignette "Lavaggio delle mani con acqua e sapone" vicino ai lavandini e le vignette "Come frizionare le mani con la soluzione alcolica" presenti vicino alle postazioni con la soluzione igienizzante.

Gabriele Botturi



Roma 27/10/2025

Al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza  
Al Responsabile della Qualità  
Alla Direzione Sanitaria

In data 27/10/2025 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 i Servizi dei Poliambulatori SSN e Privati, *Dental Unit*, Preospedalizzazione/PPS, Servizio FKT, Servizio di Diagnostica per Immagini, Emodialisi, Laboratorio Analisi, Reparto Solventi, Chirurgia e Medicina, Sala risveglio, Sala endoscopia e Blocco Operatorio.

Sono state utilizzate n.16 schede di osservazione

Sono stati osservati in totale n. 50 operatori

Dalle osservazioni risulta quanto segue:

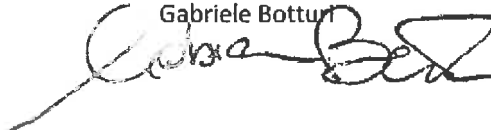
Totale indicazioni: 104

Totale azioni positive eseguite: 101

In base alla formula definita per il calcolo dell'adesione ( $N: \text{Azioni} \times 100 / N. \text{Indicazioni}$ ) il tasso di adesioni risulta essere pari al 97,16%.

Dalle osservazioni emerge una soddisfacente gestione dell'igiene delle mani.

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

Gabriele Botturi  


Roma 22/12/2025

Al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza  
Al Responsabile della Qualità  
Alla Direzione Sanitaria

In data 22/12/2025 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 i Servizi dei Poliambulatori SSN e Privati, *Dental Unit*, Preospedalizzazione/PPS, Servizio FKT, Servizio di Diagnostica per Immagini, Emodialisi, Laboratorio Analisi, Reparto Solventi, Chirurgia e Medicina, Sala risveglio, Sala endoscopia e Blocco Operatorio.

Sono state utilizzate n.12 schede di osservazione

Sono stati osservati in totale n. 44 operatori

Dalle osservazioni risulta quanto segue:

Totale indicazioni: 116

Totale azioni positive eseguite: 115

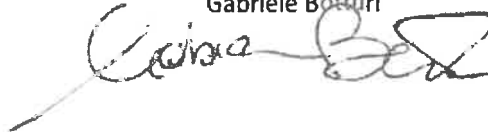
In base alla formula definita per il calcolo dell'adesione ( $N: \text{Azioni} \times 100 / N. \text{Indicazioni}$ ) il tasso di adesioni risulta essere pari al 99,14%.

Dalle osservazioni emerge una soddisfacente gestione dell'igiene delle mani.

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

Il personale è stato invitato a leggere nuovamente l'istruzione operativa "Lavaggio delle mani-vignette" (I-190.16).

Gabriele Botturi



Roma 24/03/2025

Al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza  
Al Responsabile della Qualità  
Alla Direzione Sanitaria

**OGGETTO:**

Relazione questionario per la valutazione della tollerabilità e l'accettabilità dei prodotti a base alcolica per le mani (M-190.31)

La seguente relazione ha lo scopo di riportare i risultati dei questionari (n. 20) in oggetto, somministrati nella PRIMA SESSIONE di osservazioni dell'anno 2025, per integrare i controlli inerenti alla verifica del grado di adesione del personale sanitario alle pratiche di igiene delle mani.

Nell'analisi dei dati risultano:

con **punteggio 3** numero 2 schede con item "effetto essiccante", numero 4 schede con item "irritazione", numero 1 scheda con item "odore" e numero 1 scheda con "applicazione"

con **punteggio 2** numero 2 schede con item "irritazione", numero 1 scheda con item "effetto essiccante" e numero 1 scheda con "Valutazione generale".

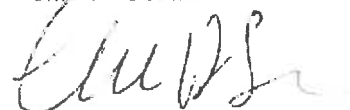
con **punteggio 1** numero 1 schede con item "consistenza"

Nell'analisi dei dati risultano 3 schede dove si evince che un eventuale cambio del prodotto in uso potrebbe migliorare la pratica dell'igiene delle mani.

Nelle restanti schede (n. 27) non ci sono stati punteggi inferiori a 4.

Il personale ha dimostrato estrema collaborazione nella compilazione del modulo

Chiara De Simone



Roma 30/06/2025

Al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza  
Al Responsabile della Qualità  
Alla Direzione Sanitaria

**OGGETTO:**

Relazione questionario per la valutazione della tollerabilità e l'accettabilità dei prodotti a base alcolica per le mani (M-190.31)

La seguente relazione ha lo scopo di riportare i risultati dei questionari (n. 30) in oggetto, somministrati nella SECONDA SESSIONE di osservazioni dell'anno 2025, per integrare i controlli inerenti alla verifica del grado di adesione del personale sanitario alle pratiche di igiene delle mani.

Nell'analisi dei dati risultano:

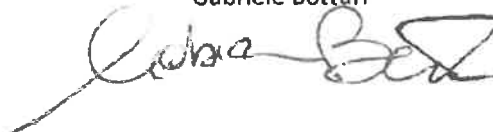
con **punteggio 3** numero 2 schede con item "effetto essiccante", numero 2 schede con item "irritazione", numero 1 scheda con item "odore" e numero 1 scheda con "applicazione"

con **punteggio 2** numero 1 schede con item "irritazione", numero 1 scheda con item "effetto essiccante" e numero 1 scheda con "Valutazione generale".

Nelle restanti schede (n. 21) non ci sono stati punteggi inferiori a 4.

Il personale ha dimostrato estrema collaborazione nella compilazione del modulo.

Gabriele Botturi



Roma 27/10/2025

Al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza  
Al Responsabile della Qualità  
Alla Direzione Sanitaria

**OGGETTO:**

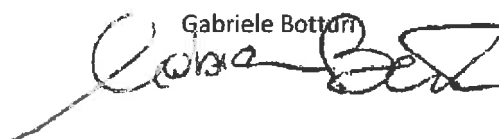
Relazione questionario per la valutazione della tollerabilità e l'accettabilità dei prodotti a base alcolica per le mani (M-190.31)

La seguente relazione ha lo scopo di riportare i risultati dei questionari (n. 25) in oggetto, somministrati nella TERZA SESSIONE di osservazioni dell'anno 2025, per integrare i controlli inerenti alla verifica del grado di adesione del personale sanitario alle pratiche di igiene delle mani.

Nell'analisi dei dati non risultano punteggi inferiori a 4.

Nello specifico gli items *applicazione* e *facilità d'uso* sono risultati i migliori

Il personale ha dimostrato estrema collaborazione nella compilazione del modulo

Gabriele Bottari  


Roma 22/12/2025

Al Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza  
Al Responsabile della Qualità  
Alla Direzione Sanitaria

**OGGETTO:**

Relazione questionario per la valutazione della tollerabilità e l'accettabilità dei prodotti a base alcolica per le mani (M-190.31).

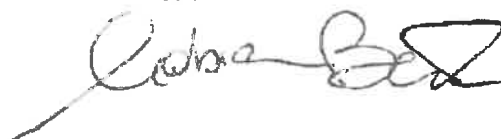
La seguente relazione ha lo scopo di riportare i risultati dei questionari (n. 25) in oggetto, somministrati nella QUARTA SESSIONE di osservazioni dell'anno 2025, per integrare i controlli inerenti alla verifica del grado di adesione del personale sanitario alle pratiche di igiene delle mani.

Nell'analisi dei dati non risultano punteggi inferiori a 4.

Nello specifico gli items *applicazione, facilità d'uso e velocità di asciugatura* sono risultati i migliori.

Il personale ha dimostrato estrema collaborazione nella compilazione del modulo

Gabriele Botturi

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gabriele Botturi', with a stylized flourish at the end.



**SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI**

DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>A.1 – Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani</b>	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
<b>A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?</b>	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
<b>A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?</b>	NO	0
	SI	10
<b>A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?</b>	NO	0
	SI	15
<b>A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?</b>	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.	DS	1A	6M
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagine sui singoli Reparti/Servizi;</li> <li>• Indagine sul consumo di soluzione alcolica.</li> </ul>	DS	1A	3M
Definire con la Direzione Strategica gli eventuali 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.	AD	1A	6M
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.	DS	1A	3M

**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; **CICA:** Comitato Infezioni Correlate all'Assistenza **ND:** Non Definito;  
**A:** Anno/i; **M:** Mese/i

 <b>GVM</b> Tiberia Hospital CARE & RESEARCH Roma	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File: M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 2 di 12

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

#### 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.

	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 3 di 12

<b>SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
<b>B.1 Formazione degli operatori sanitari</b>		
<b>B.1.1 – Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull’igiene delle mani?</b>	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 successiva formazione continua periodica almeno una volta all’anno	20
<b>B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell’avvenuta formazione?</b>	NO	0
	SI	5
<b>B.2 – Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali</b>		
<b>B.2.1 Piano di intervento regionale sull’igiene delle mani</b>	NO	0
	SI	15
<b>B.2.2 Piano di azione locale per l’implementazione del Piano di intervento regionale</b>	NO	0
	SI	5
<b>B.2.3 Brochure sull’igiene delle mani: quando, come e perchè</b>	NO	0
	SI	5
<b>B.2.4 Poster informativi</b>	NO	0
	SI	5
<b>B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull’igiene delle mani?</b>	NO	0
	SI	15
<b>B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?</b>	NO	0
	SI	15
<b>B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull’igiene delle mani?</b>	NO	0
	SI	15

<b>TABELLA B1 – INDICAZIONI PER L’ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE</b>			
<b>FORMAZIONE PERSONALE</b>			
AZIONE	R	T	M
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.	DS	1A	6M
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.	UF	1A	6M
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).	UF	1A	6M
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	DS	1A	6M
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l’esecuzione dei compiti assegnati.	AD	1A	6M
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.	ND		

	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File: M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 4 di 12

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.	UF	1A	6M
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.	UP	1A	6M
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).	UF	1A	6M
Definire un sistema per aggiornare la formazione e i verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).	UF	1A	6M
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	AD	1A	6M
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione a la sostituzione di quello obsoleto.	UF	1A	6M

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

<b>TABELLA B2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE</b>	
<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>	
<b>INADEGUATO (punteggio 0-25)</b>	<b>BASE (punteggio 26-50)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pianificazione:</b> valutare la disponibilità di formatori e osservatori qualificati;</li> <li>• <b>Esecuzione:</b> 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.</li> <li>• <b>Sostegno da parte della Direzione.</b></li> </ul>	
<b>➤ INTERMEDIO (punteggio: 51-75)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valutazione dei bisogni:</b> 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;</li> <li>• <b>Pianificazione:</b> definire e implementare un programma per la validazione delle competenze degli osservatori;</li> <li>• <b>Esecuzione:</b> fornire programmi di formazione aggiornati per il personale sulla base di una valutazione dei bisogni formativi;</li> <li>• <b>Supporto:</b> assicurarsi il supporto da parte del personale apicale;</li> <li>• <b>Sostenibilità:</b> sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.</li> </ul>	
<b>AVANZATO (punteggio 76-100)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Formazione:</b> formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per i nuovi dipendenti e formazione continua per tutto il personale utilizzando metodi differenziati e innovativi;</li> <li>• <b>Integrazione e allineamento:</b> prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile;</li> <li>• <b>Valutazione:</b> valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione;</li> </ul>	

### 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
<b>C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?</b>		
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
<b>C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani</b>		
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
<b>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</b>		
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
<b>C.5 Feedback</b>		
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

	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 6 di 12

<b>TABELLA C1 – INDICAZIONI PER L’ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE</b>			
<b>VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
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.	RSGQ	1A	6M
Stabilire il piano/calendario, per l’avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura	RSGQ	1A	6M
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).	CICA	1A	6M
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.	DS	1A	6M
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).	DS	1A	6M
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).	UF	1A	6M
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.	RIM	1A	6M
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato (ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi).	ND		
Presentare i risultati delle osservazioni ogni trimestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell’igiene delle mani e il CCICA.	RIM	1A	6M
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all’igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.	DS	1A	6M
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.	DS	1A	6M
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell’igiene delle mani.	DS	1A	6M
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	ND		
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.	AD	1A	6M

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

<b>TABELLA B2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL’AUTOVALUTAZIONE</b>	
<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>	
<b>INADEGUATO (punteggio 0-25)</b>	<b>BASE (punteggio 26-50)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valutazione regolare:</b> 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;</li> <li>• <b>Disponibilità di competenze:</b> valutare la disponibilità di competenze specifiche per l’analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle;</li> <li>• <b>Feedback:</b> definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente.</li> </ul>	
<b>➤ INTERMEDIO (punteggio: 51-75)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Valutazione regolare:</b> 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);</li> <li>• <b>Disponibilità di competenze:</b> valutare la disponibilità di competenze specifiche per l’analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle;</li> </ul>	

 <b>GVM</b> Tiberia Hospital CARE & RESEARCH Roma	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 7 di 12

- **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
<b>D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?</b>		
<b>D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani</b>	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
<b>D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica</b>	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
<b>D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani</b>	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
<b>D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?</b>	Mai	0
	Almeno una volta l'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
<b>D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?</b>	NO	0
	SI	10
<b>D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?</b>	NO	0
	SI	10
<b>D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?</b>	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.	CICA	1A	6M
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	DS	1A	6M
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.	ND		
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).	RIM	1A	6M
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.	ND		
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	AD	1A	6M

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

 <b>GVM</b> Tiberia Hospital CARE & RESEARCH Roma	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 9 di 12

<b>TABELLA D2 – INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE</b>	
<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>	
<b>INADEGUATO (punteggio 0-25)</b>	<b>BASE (punteggio 26-50)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Risorse:</b> valutare la qualità e la quantità del materiale informativo disponibile;</li> <li>• <b>Consegna dei messaggi:</b> fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria nei reparti e nelle aree di trattamento;</li> <li>• <b>Impatto:</b> descrivere l'uso e l'importanza dei promemoria a tutte le persone interessate nella struttura;</li> <li>• <b>Sostenibilità:</b> pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, per esempio poster.</li> </ul>	
<b>➤ INTERMEDIO (punteggio: 51-75)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Risorse:</b> definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati;</li> <li>• <b>Consegna dei messaggi:</b> fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria in tutti gli ambienti clinici;</li> <li>• <b>Sostenibilità:</b> pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli.</li> </ul>	
<b>AVANZATO (punteggio 76-100)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Risorse:</b> raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti;</li> <li>• <b>Consegna dei messaggi:</b> fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici;</li> <li>• <b>Sostenibilità:</b> 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</li> </ul>	

#### **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
<b>E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:</b>		
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
<b>E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?</b>		
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
<b>E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?</b>		
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
<b>E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:</b>		
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
<b>E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:</b>		
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

	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 11 di 12

<b>TABELLA E1 – INDICAZIONI PER L’ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE</b>			
<b>CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT</b>			
<b>AZIONE</b>	<b>R</b>	<b>T</b>	<b>M</b>
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.	DS RSGQ UP	1A	6M
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.	DS	1A	6M
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull’igiene delle mani.	DS	1A	6M
Istituire un comitato per attuare il piano d’azione locale della Struttura.	DS	1A	6M
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d’azione di conseguenza.	RSGQ	1A	6M
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.	RIM	1A	6M
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.	DS	1A	6M
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull’igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).	ND		
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.	AD	1A	6M
Inserire l’igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	DS	1A	6M
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l’organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	UF	1A	6M

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

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

	<b>MODULO</b>	REV.1 14/05/2022
File:M-190.36 Questionario autovalutazione igiene delle mani COMPILATO rev.1	<b>QUESTIONARIO AUTOVALUTAZIONE IGIENE DELLE MANI</b>	Pag. 12 di 12

- **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.

#### INDICATORI DI STRUTTURA

- Istituzione di un CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:
- Regolamento del CCICA
- Adozione del PARS secondo le indicazioni regionali

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

#### INDICATORI DI PROCESSO

- Monitoraggio delle azioni previste nel PARS

**NB: IN BASE ALLE SPECIFICHE ESIGENZE LOCALI, LE STRUTTURE POTRANNO INTEGRARE GLI INDICATORI SOPRA ELENCATI CON ALTRI (DI STRUTTURA, DI PROCESSO E DI ESITO), PURCHE SIA GARANTITO IL RISPETTO DEI CONTENUTI DEL DOCUMENTO.**

5/3/2026

Data



**Tiberia Hospital Srl**  
 Presidio Sanitario Polispecialistico  
 Dr. Vittorio CHIGNOLI  
 Direttore Sanitario  
 N° Iscr. RM 65155

Firma e timbro del Direttore Sanitario



## ***PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI***

***ANNO 2026***

Il programma di controllo della legionellosi del GVM Tiberia Hospital, secondo quanto previsto dalla DGR Lazio n. 460 del 28 giugno 2024 che ha aggiornato le linee di indirizzo regionali integrando il D.Lgs. 18/2023 sulle acque potabili, prevede quanto di seguito indicato.

### **1. Assetto Organizzativo e Responsabilità**

Il Responsabile del rischio legionellosi è il Dr. Vittorio Chignoli, Direttore Sanitario.

Il Team Multidisciplinare coinvolto è composto da:

- Dr. Edoardo Nanni, Risk Manager;
- Dr. Emanuele Moriconi, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- Dr. Ivano Magionesi, Direzione Infermieristica;
- Dr. Gabriele Botturi, Ufficio Qualità;
- Gameta Impianti s.r.l., Ufficio Tecnico per la manutenzione degli impianti;
- GVM Engineering;
- Dipartimento di Scienze Biologiche, Geologiche e Ambientali Alma Mater Studiorum Università di Bologna.



## 2. Valutazione del Rischio (VdR)

Ospedale per acuti ad “alto rischio” in cui, anche per continui aggiornamenti strutturali-tecnologici-organizzativi, la VdR viene aggiornata costantemente, così come la conseguente analisi impiantistica (censimento di serbatoi, boiler, punti terminali ovvero rubinetti e docce).

## 3. Piano di Monitoraggio Analitico

Il monitoraggio prevede:

- campionamenti periodici: prelievi semestrali nei punti critici (mandata e ritorno acqua calda, punti distali) delle seguenti aree/locali:
  - Blocco Operatorio;
  - Stanze di degenza;
  - Bagni in aree comuni;
  - Ambulatori.
- interventi :
  - < 100 UFC/L: monitoraggio di routine.
  - 100 - 1.000 UFC/L: revisione VdR e bonifica locale.
  - > 1.000 UFC/L: allerta e interventi di disinfezione straordinaria.

## 4. Risultato sintetico degli esiti del monitoraggio

Non sono emerse criticità dalle verifiche di efficacia delle misure di controllo in atto.



## 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

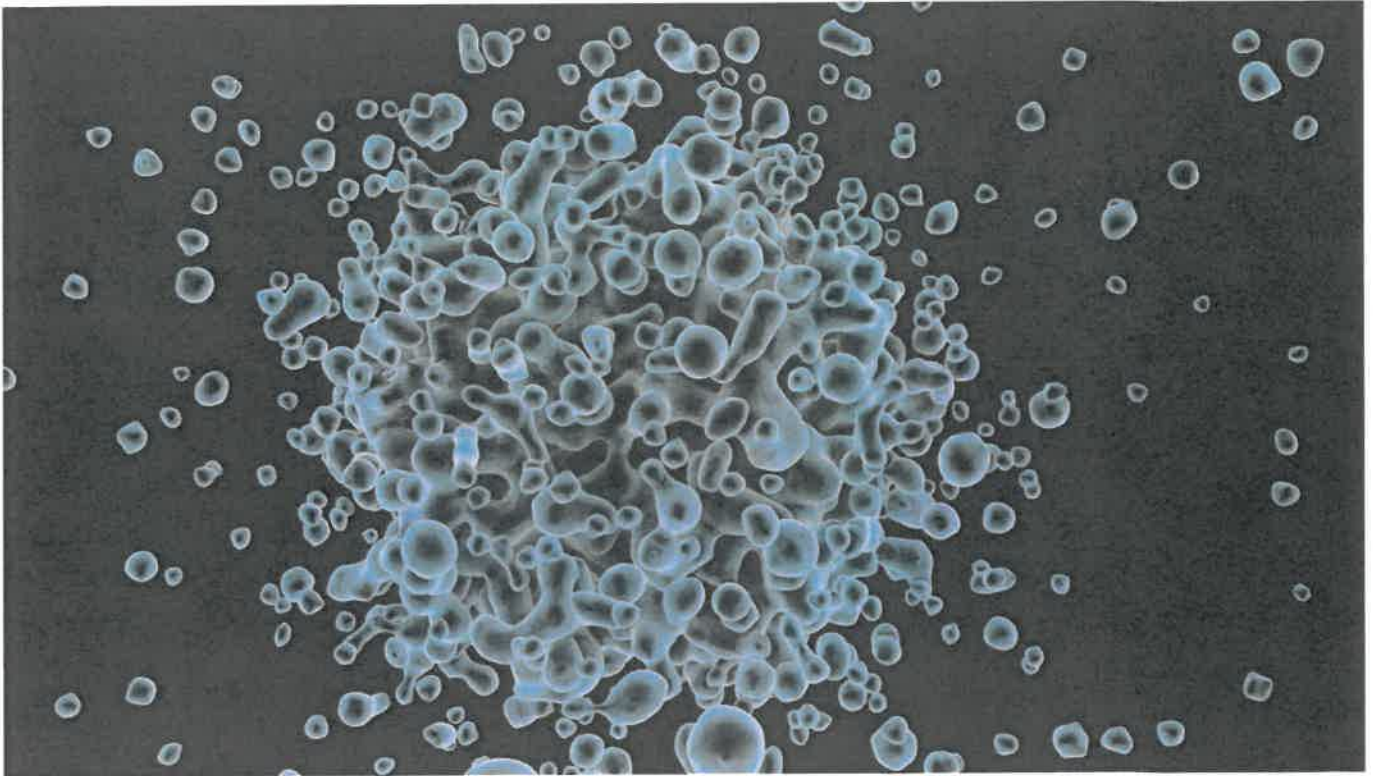
Nell'ultimo anno (2025), sono stati organizzati eventi formativi inerenti il rischio "legionellosi in ospedale" a cui ha partecipato il personale del TH sia in presenza che da remoto. A coordinare la formazione il TH si avvale della collaborazione del GVM CAMPUS, centro di formazione e aggiornamento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