

DELIBERAZIONE N. 258 DEL 03/03/2026 OGGETTO: PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026	
Esercizi/o e conto . Centri/o di costo . - Importo presente Atto: € . - Importo esercizio corrente: € . Budget - Assegnato: € . - Utilizzato: € . - Residuo: € . Autorizzazione n°: . Servizio Risorse Economiche: Livio Cardelli	STRUTTURA PROPONENTE UOSD Risk Management Il Dirigente Responsabile Alessandro Cataldo Responsabile del Procedimento Alessandro Cataldo L'Estensore Irene Fanella Proposta n° DL-242-2026
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO Positivo Data 03/03/2026 IL DIRETTORE SANITARIO f.f. Costanza Cavuto	PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Positivo Data 02/03/2026 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Massimo Armitari
Parere del Direttore Scientifico IRE f.f. Giovanni Blandino data 27/02/2026 Positivo Parere del Direttore Scientifico ISG Maria Concetta Fargnoli data 27/02/2026 Positivo	
La presente deliberazione si compone di n° 8 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale: PARS 2026 allegato 1 allegato 2	

Il Dirigente della UOSD Risk Management

- Visto il decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Visti il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e il decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200 di riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- Vista la deliberazione n. 814 del 03.09.2025 recante “Presenza d’atto della deliberazione della Regione Lazio 7 agosto 2025 n. 697 avente ad oggetto: Approvazione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell’IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri Adozione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento degli IFO”;
- Visto il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00015 del 12 febbraio 2025
avente ad oggetto “Nomina del Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale dell’IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri (Art. 8, comma 7 bis, della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i.)”;
- Vista la deliberazione n. 160 del 18 febbraio 2025 di presa d’atto dell’insediamento del Direttore Generale dell’IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri Dott. Livio De Angelis;
- Vista la deliberazione n. 293 del 31.03.2025 con la quale il Dott. Massimo Armitari è stato nominato Direttore Amministrativo degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO);

- Vista la deliberazione n. 367 del 23 aprile 2024 con la quale la Dott.ssa Costanza Cavuto è stata nominata Direttore Sanitario f.f. degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri;
- Visto il D.M. del Ministero della Salute del 20 giugno 2024 di conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'IRCCS di diritto pubblico a Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) relativamente alla disciplina di "oncologia" per l'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e alla disciplina di "dermatologia" per l'Istituto Santa Maria e San Gallicano (ISG);
- Visto il decreto del Ministero della Salute dell'11 dicembre 2009, Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
- Visto il Decreto del Commissario ad Acta del 24/11/2015 n. U00563 – Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA);
- il Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante: "Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico;
- Vista l'intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge n. 24 del 8/03/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";

Visto il Decreto del Commissario ad Acta 7/11/2017, n. U00469 di modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012 - sezioni sulla gestione del rischio clinico e gestione del rischio infettivo;

Richiamata la nota Prot. n. 99218 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio - Sanitaria della Regione Lazio, avente ad oggetto “*Percorso aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti*”;

Tenuto conto della Determinazione G02044 del 26 febbraio 2021 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio - Sanitaria Adozione del “*Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani*”;

 della Determinazione – Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Socio –

 Sanitaria – Rete Ospedaliera Specialistica n. G00643 del 25/01/2022 avente per oggetto adozione del “*Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS)*”;

 la Determinazione G00042 del 25 gennaio 2022 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio – Sanitaria, Adozione del “*Documento di indirizzo sul consenso informato*”;

 della Determinazione G15198 del 06 novembre 2022 della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Rete Ospedaliera e Specialistica, Approvazione del “*Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita*” in sostituzione del “*Piano Regionale per la pre-*

venzione delle cadute dei pazienti” di cui alla Determinazione n. G12356 del 25 ottobre 2016;

della Determinazione G16501 del 28 novembre 2022 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio - Sanitaria Approvazione del *“Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA);*

della Determinazione Regione Lazio n. G13405 del 16/10/2025 *“Manuale per la classificazione degli eventi e l'alimentazione del flusso SIRES-eventi”* in sostituzione del *"Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"* adottato con Determinazione n. G09850 del 20 luglio 2021;

Preso atto della nota Protocollo n. 0055503 del 23/01/2019 della Regione Lazio, Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio - Sanitaria, Area Rete Ospedaliera e specialistica, avente per oggetto *“Valutazione qualità documentale delle procedure per l’implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali”;*

del Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022- 2025;

della nota della Regione Lazio n. 0091714 del 22 gennaio 2024, in atti IFO prot. n. 1077 del 23/01/2024, recante, tra l’altro, indicazioni sull’implementazione delle misure richieste dal Piano regionale di intervento regionale sull’igiene delle mani (adottato con determinazione n. G02044 del 26 febbraio 2021);

Dato atto che con Deliberazione IFO n. 911 del 13 novembre 2024 si è provveduto all’aggiornamento dei componenti del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CC–ICA) e del relativo Gruppo Operativo (GO CC–ICA);

- Preso atto** della nota della Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio- sanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica, prot. U.0037825 del 15/01/2026 avente per oggetto “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS)”;
- Ravvisata** la necessità di predisporre, alla luce delle sopra indicate disposizioni regionali, il Piano Annuale aziendale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) per l’anno 2026;
- Ritenuto** opportuno adottare il “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS)” degli IFO nel testo allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- Precisato** che tutta la documentazione è reperibile agli atti della UOSD proponente;
che il Piano Annuale Per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) e il Piano di Azione Locale sull'Igiene delle Mani (PALIM), completi delle relative sottoscrizioni olografe, sono detenuti in originale agli atti della UOSD QuARC
- Attestato** che il presente provvedimento, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;

Propone

per i motivi espressi in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

- adottare, nel testo che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale, il “PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026” degli IFO che integra anche il Piano di azione locale sull’igiene delle mani (PALIM), il Programma di controllo della legionellosi elaborato secondo quanto previsto dalle *Linee di*

indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi (adottato con DGR n. 460 del 28 giugno 2024) e dal Piano di sicurezza dell'acqua (di cui al D.L.gs 18/2023 di recepimento della Direttiva UR 2020/2184);

- dare atto che il rispetto di quanto contenuto nel Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario (PARS) e la realizzazione degli interventi in esso individuati sono obbligo di servizio “per tutti i dipendenti e il personale delle ditte/società in *outsourcing* che operano negli IFO;
- dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del Bilancio dell'Ente.

La UOSD Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

Il Dirigente della UOSD Risk Management

Alessandro Cataldo

Il Direttore Generale

- Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006 n. 2;
- Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e il decreto legislativo 23 dicembre 2022 n. 200 “Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico”;
- Vista la deliberazione n. 814 del 03.09.2025 recante *“Preso d’atto della deliberazione della Regione Lazio 7 agosto 2025 n.697 avente ad oggetto: Approvazione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell’IRCCS Istituti Fisioterapici Ospitalieri. Adozione del Regolamento di Organizzazione e Funzionamento degli IFO.”*;
- Visto l’art. 3 comma 6 del D.lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l’art. 8 comma 7 della L.R. del Lazio n. 18/94.
- In virtù dei poteri di cui alla delibera IFO n. 160 del 18 febbraio 2025 inerente l’insediamento del Direttore Generale Dott. Livio De Angelis;
- Preso atto che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell’art. 1 della legge 20/94 e s.m.i., nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all’art. 1, primo comma, della legge 241/90, come modificata dalla legge 15/2005.
- Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario Aziendale;
- ritenuto di dover procedere;

Delibera

di approvare la proposta così formulata concernente *“PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO*
(PARS) 2026
” e di renderla disposta.

Il Direttore Generale

Dott. Livio De Angelis

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

PROPOSTO		VERIFICATO		APPROVATO	
FUNZIONE	FIRMA	FUNZIONE	FIRMA	FUNZIONE	FIRMA
Dirigente Medico di Direzione Medica Dr.ssa O. Di Bella	F.to olografa	Direttore UOC Direzione Medica Dr.ssa C. Cavuto	F.to olografa	Direttore Sanitario f.f. Dr.ssa C. Cavuto	F.to olografa
Dirigente Medico di Direzione Medica Dr.ssa E.Tassone	F.to olografa	Responsabile f.f. UOSD Qualità Accreditamento e Risk Management Dr. A. Cataldo	F.to olografa		
Coordinatore Attività Trasversali: Pianificazione, Monitoraggio e Sicurezza delle Cure Dr.ssa I. Fanella	F.to olografa	Direttore UOC D.I.T.R.A.R. Dr. F. Petrone	F.to olografa		
Coordinatore Attività Trasversali: Prevenzione e Monitoraggio delle ICA Qualità e Rischio Clinico-Infettivo Dr.ssa C. Pronesti	F.to olografa				

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. CONTESTO ORGANIZZATIVO	6
3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI.....	7
4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA.....	8
5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ	8
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	16
7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2026.....	17
8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO	25
9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	25
10. ALLEGATI.....	27

1. PREMESSA

Gli **Istituti Fisioterapici Ospitalieri (I.F.O.)** di Roma, Ente di diritto pubblico istituito con R.D. del 4/8/1932 n. 1296 ed il cui carattere scientifico (IRCCS) è stato riconosciuto con D.M. 22/2/1939, comprendono i seguenti Istituti:

- Istituto Regina Elena – I.R.E., per la ricerca, lo studio e la cura dei tumori;
- Istituto San Gallicano – I.S.G., per la ricerca, lo studio e la cura delle dermopatie anche oncologiche e professionali e delle malattie sessualmente trasmesse.

La mission primaria degli IFO è quella di contribuire al conseguimento degli obiettivi di promozione, di prevenzione, di mantenimento e di sviluppo dello stato di salute della popolazione assistita, secondo le previsioni del Piano Sanitario Nazionale, nel presupposto che garantire ad ogni cittadino, in ogni circostanza, la cura più adeguata al proprio bisogno di salute sia un compito fondamentale.

In quest'ottica la mission si caratterizza da un lato per l'attività di ricerca e dall'altro per la forte connotazione specialistica nel campo in cui gli Istituti operano.

In particolare, l'integrazione organizzativa si realizza nella definizione di un modello di governance che, potenziando le sinergie, valorizza nel contempo le peculiarità e specificità dei due IRCCS IRE e ISG.

La maggiore attrattività e sviluppo della ricerca e dell'innovazione degli IFO, risiede anche nel Clinical Trial Center condiviso tra IRCCS IRE e IRCCS ISG, con l'individuazione di iniziative comuni, mantenendo e rafforzando le singole progettualità di ricerca degli istituti, affidata ai due Direttori Scientifici.

In accordo con le finalità istituzionali degli IRCCS, gli Istituti Regina Elena e San Gallicano sono concretamente impegnati nell'assistenza e nella ricerca biomedica in campo rispettivamente oncologico e dermatologico.

L'obiettivo principale degli Istituti è quello di perseguire i dettami della Mission nel rispetto delle indicazioni Regionali (Piano di Rientro Regionale e Legge Finanziaria) e Nazionali (Piano Sanitario Nazionale), garantendo l'efficienza nell'impiego delle risorse attraverso un processo volto al continuo miglioramento in termini di livelli di produttività per risorse impiegate ed un livello di assistenza sempre più adeguato, in termini qualitativi oltre che in termini di appropriatezza dei servizi sanitari erogati, cercando di allineare i valori di produzione ai costi di gestione.

Sul piano gestionale gli Istituti hanno come costante punto di riferimento l'esigenza di coniugare gli obiettivi di salute e di ricerca con le risorse disponibili al fine di rendere sostenibile, anche dal punto di vista economico, il sistema.

L'attività di ricerca è stata indirizzata negli ultimi anni, in accordo con la programmazione sanitaria nazionale, a favorire gli studi traslazionali, un modello di attività scientifica che provvede, partendo da dati biochimici, biomolecolari e computazionali, a definire un approccio integrato e multidisciplinare alla gestione del paziente per applicarlo nella pratica clinica in tempi ragionevoli.

Attraverso rigorosi protocolli, anche in collaborazione con istituzioni internazionali, si indirizzano i risultati della più moderna ricerca di base verso un rapido trasferimento nella pratica clinica, a tutto beneficio di una gestione del paziente che rappresenti lo "stato dell'arte" della medicina. Fondamentale è inoltre il contributo

della ricerca nel campo della prevenzione, sia primaria sia secondaria, un aspetto che richiede specifici programmi, opportunamente finanziati e con obiettivi mirati.

In questo settore, la presenza di Biobanche in Good Laboratory Practice (GLP), permette una continua implementazione di biomarcatori che consentono una diagnosi precoce della patologia.

L'organizzazione degli IFO rispecchia, nel disegno e nelle modalità operative, i principi e i valori espressi nell'Atto Aziendale, approvato dalla Regione Lazio.

L'obiettivo dell'assetto organizzativo è valorizzare le competenze clinico-assistenziali e tecnico-diagnostiche, organizzative, gestionali nei Dipartimenti che si occupano della produzione clinica e di ricerca e valorizzare le competenze manageriali, organizzative, di leadership e di servizio nelle aree di supporto alla produzione, che sono il dipartimento delle funzioni tecnico-amministrative, l'Area degli Staff e la Direzione operativa.

I principi che guidano l'organizzazione degli IFO sono:

- la centralità della persona assistita, espressa nei percorsi di cura e nelle piattaforme produttive;
- la specializzazione delle linee di attività clinica;
- l'integrazione multi professionale;
- la valorizzazione delle leadership professionali e non solo delle competenze organizzativo-gestionali;
- l'apprendimento costante per lo sviluppo.

Il modello ordinario di funzionamento si distingue per la presa in carico globale del paziente l'approccio multi-professionale interdisciplinare e l'integrazione tra area clinica e area della ricerca di base e si realizza con:

- Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), atti a implementare la pianificazione gestionale e temporale di tutti gli interventi assistenziali, coordinando la successione degli interventi (diagnostici, terapeutici, nutrizionali, educativi, di sicurezza, di pianificazione alla dimissione, di screening di pre-ospedalizzazione, di consulenza);
- Gruppi Multidisciplinari di Gestione della Malattia ("Disease Management Team – DMT), che consentono un approccio integrato alle diverse patologie di competenza, avendo come obiettivo il superamento della frammentazione dei processi di cura e la ricerca dell'appropriatezza delle cure stesse, sulla base dei principi dell'Evidence Based Medicine;
- Gruppi di Ricerca Traslazionale ("Translational Research Interest Groups - TRIG"), costituiti da clinici, epidemiologi e ricercatori di base, a supporto della ricerca traslazionale nelle diverse aree disciplinari.

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) opera sulle indicazioni generali previste nei piani annuali e secondo le linee Regionali per individuare ed attuare le attività programmate; il gruppo si riunisce inoltre ogni qual volta sia necessario affrontare argomenti rilevanti che riguardano la prevenzione ed il controllo delle ICA in IFO.

Il Gruppo Operativo (GO) CC-ICA, in funzione della programmazione annuale mette in atto le attività previste per contenere il diffondersi delle ICA. A tal fine vengono analizzati:

a) indicatori epidemiologici, basati su report trimestrali relativi al numero e tipologia di infezioni/colonizzazioni per "germi alert" distribuiti per reparto, e relative frequenze dei profili di

antibioticoresistenza, il tipo di antimicrobico utilizzato, il consumo in Dose Definita Giornaliera (DDD) e i relativi costi;

b) indicatori gestionali, inerenti il sistema di sorveglianza ICA che includono la valutazione dell'adesione del personale sanitario alle indicazioni (procedure/istruzioni operative) specifiche (es: esecuzione di tamponi di sorveglianza attiva per alcune tipologie di pazienti; adozione delle precauzioni aggiuntive in caso di pazienti con infezione).

Per quanto riguarda gli interventi diretti alla gestione appropriata dell'antibioticoterapia, il CC-ICA nel 2019 ha avviato il Programma Aziendale di Antimicrobial Stewardship (PAMS) attraverso l'attivazione di un team composto da un infettivologo, un medico di Direzione Medica, un coordinatore attività trasversali: prevenzioni e monitoraggio ICA, un farmacista, un medico rianimatore, un medico ematologo esperto nelle ICA, due microbiologi e n. 20 "medici responsabili del buon uso degli antimicrobici delle varie UU.OO." con il fine di coinvolgere maggiormente i reparti ed i servizi degli IFO.

La gestione del Programma Aziendale di AntiMicrobial Stewardship (PAMS) ha avuto risultati incoraggianti che hanno permesso di individuare terapie mirate e di tenere sotto controllo i livelli di farmaco resistenza con impatto anche sulla spesa farmaceutica attraverso l'appropriatezza dell'uso della terapia antimicrobica. Nel corso del 2023 è proseguita l'attività di monitoraggio del buon uso degli antimicrobici.

Per monitorare il PAMS, oltre alla reportistica discussa in sede di CC-ICA, il laboratorio di Microbiologia produce report trimestrali circa gli isolamenti da Organismi Multi-Drug-Resistant (MDRO) per reparto e materiale biologico, con le frequenze dei profili di antibiotico resistenza riscontrati; la farmacia fornisce i dati relativi al consumo grezzo e Dose Definita Giornaliera (DDD) e i costi degli antimicrobici a ciascuna Unità Operativa (UO) e il dato normalizzato per 100 giornate di degenza. La Direzione Sanitaria Aziendale nell'ambito del CCICA produce report sulle ICA mediante il sistema di sorveglianza ad hoc sviluppato.

Infine, gli Istituti, nel 2024, hanno aderito alla Giornata mondiale per l'igiene delle mani (5 maggio), giornata europea e settimana mondiale del buon uso degli antimicrobici (dal 18 al 24 novembre) sensibilizzando tutti i reparti e i servizi all'adesione alle procedure aziendali.

In continuità con le attività precedenti, relativamente all'igiene delle mani, nel corso dell'anno 2024 si è provveduto a garantire il fabbisogno di gel idroalcolico al fine di garantire la corretta igiene delle mani ed è stata monitorata l'adesione al Piano Aziendale sull'Igiene delle Mani (PAIM).

Sulla base di quanto indicato nella nota della regione Lazio U. 0091714 del 22/01/2024, gli IFO hanno aggiornato il Piano Aziendale per Igiene delle Mani (PAIM) con le attività di osservazioni e di aggiornamento dei questionari di autovalutazione elaborati nel 2022, definendo le azioni ritenute necessarie per mantenere/migliorare il livello ottenuto nelle cinque sezioni (A-E) previste dalle linee di indirizzo del Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC).

2. CONTESTO ORGANIZZATIVO

La Dotazione di posti letto per gli IFO con la distribuzione, tra area medica, area chirurgica e intensiva è presentata dalla seguente tabella:

ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI (IFO)			
DATI STRUTTURALI			
Posti letto ordinari	232	Medicina	77
		Chirurgia	145
		Posti letto Terapia Intensiva	10
Posti letto diurni	52	Servizi Trasfusionali	1
Blocchi Operatori	2	Sale Operatorie	8
Banca Tessuto Muscolo Scheletrico	1		
Banca Tessuto Ovarico	1		
Biobanca Oncologica	1		
Fase 1 e Medicina di precisione (*) PPLL DH	5		
Fase 1 e Medicina di precisione (*) PPLL ORD	2		
DATI DI ATTIVITÀ			
Ricoveri ordinari	7424	Ricoveri diurni	4118
Branche specialistiche	26	Prestazioni ambulatoriali erogate	483.861

Fonte dati – Direzione Sanitaria Aziendale – periodo di riferimento anno 2025

3. RELAZIONE CONSUNTIVA SUGLI EVENTI AVVERSI E SUI RISARCIMENTI EROGATI

Ai sensi dell'articolo 2 comma 5 della Legge 24/2017, si riportano di seguito (Tabella 1) i dati relativi agli eventi segnalati nell'anno 2025.

Tabella 1. Eventi segnalati in piattaforma Si.Re.S. nel 2025 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L 24/2017).

Tipo di evento	N. (e % sul totale degli eventi)	% di cadute all'interno della categoria di evento	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	11	11%	Strutturali (15%) Tecnologici (2%) Organizzativi (61%) Procedure/ Comunicazione (22%)	Strutturali (5%) Tecnologiche (2%) Organizzative (68%) Procedure/ Comunicazione (25%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	85	88%			
Eventi Sentinella	1	1%			

Fonte dati Servizio di reporting UOSD QuARC - Anno 2025

Dall'analisi delle segnalazioni degli eventi avversi sono emersi come evidenziato in Tabella 1 fattori causali e/o contribuenti legati alla Struttura oltre che all'organizzazione e comunicazione. Le azioni di miglioramento hanno riguardato principalmente il richiamo alle procedure aziendali specifiche e alle modalità di comunicazione con i pazienti e soprattutto fra il personale sanitario.

Tabella 2. Dettaglio sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (art. 4, c. 3 della L. 24/2017)

Anno (*)	N. Sinistri aperti	N. Sinistri liquidati	Risarcimenti erogati
2021	14	15	€1.473.028,10
2022	18	11	€235.131,53
2023	25	11	€434.734,13
2024	25	4	€138.451,29
2025	20	14	€422.424,16

Fonte dati U.O.C. Affari Generali periodo di riferimento anno 2025

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

La tabella 2 riporta per ciascun anno il numero dei sinistri attivati (nuovi sinistri), ossia quelli riferiti a nuove richieste di risarcimento dei danni notificate nell'anno corrente. Riguardo agli importi dei risarcimenti erogati nel quinquennio, si sottolinea che gli importi sono riportati con "criterio di cassa", poiché i pagamenti relativi alla maggior parte dei sinistri si riferiscono a richieste di risarcimento notificate all'Ente in anni precedenti.

Per tale ragione, con riferimento ai singoli anni, non vi è alcuna relazione tra il numero dei sinistri riportati nella tabella e gli importi erogati. Inoltre, gli importi indicati si riferiscono alle quote di franchigia

a carico dell'Ente; infatti, gli importi totali erogati a titolo di risarcimento potrebbero essere superiori a quelli indicati poiché non sono riportate le quote a carico della Compagnia di Assicurazioni.

Va, inoltre, precisato che gli importi pagati non possono essere considerati tutti definitivi, non potendosi escludere che quelli relativi a sinistri per i quali vi è stata sentenza esecutiva, possano in tutto o in parte essere recuperati a seguito di sentenze di appello favorevoli all'Ente.

4. DESCRIZIONE DELLA POSIZIONE ASSICURATIVA

Anno	Polizza (scadenza)	Compagnia Assicurativa	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2022	01.01.2022-31.12.2022	Am Trust	ANNUO € 2.751.900,00	€50.000 Importo max franchigia aggregata € 500.000	NO
2023	01.01.2023-31.12.2023	Am Trust	ANNUO € 2.751.900,00	€50.000 Importo max franchigia aggregata € 500.000	NO
2024	01.01.2024-30.06.2024 01.07.2024-31.12.2024	Am Trust (I SEMESTRE) Berkshire (II SEMESTRE)	I SEMESTRE € 1.375.950 II SEMESTRE € 1.443.300	I SEMESTRE € 50.000 Franchigia aggregata € 500.000,00 II SEMESTRE €25.000 Franchigia aggregata € 250.000,00	NO
2025	01.01.2025-31.12.2025	Berkshire	€ 2.886.800	€25.000 Franchigia aggregata € 250.000,00	NO

Fonte dati UOC Affari Generali e Legali periodo di riferimento anno 2025

5. RESOCONTO DELLE ATTIVITÀ

5.1 RESOCONTO ATTIVITÀ ANNO 2025 RISCHIO CLINICO

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1		
a) Progettazione ed esecuzione di iniziative di formazione con diffusione di una cultura della sicurezza delle cure.	SI	a) La UOSD Qualità Accreditamento e Rischio Clinico (QuARC), nel corso dell'anno 2025, ha organizzato n. 2 Corsi Formativi in collaborazione con la UOC Direzione Medica, la UOC Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenza e Ricerca (DITRAR) e la UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano. I corsi si sono svolti: - Il 24/03/2025 (parte teorica in aula) il 25/03/2025 (parte pratica con simulazioni)

b) Progettazione di attività di formazione anche attraverso incontri presso i Reparti di *Hospital Meeting* su argomenti critici.

SI

presso Unità Operative). Il corso accreditato ECM con 9 crediti per i partecipanti. Il Corso è stato pianificato ai fini della diffusione di una cultura per l'attenzione ai processi di qualità e sicurezza delle cure rivolti alla persona assistita, l'operatore e la struttura. Rivolto a tutte le figure sanitarie professionali compresa l'area tecnica in virtù della rilevanza trasversale della tematica trattata con il fine di disporre di auditor interni anche nei servizi di laboratorio e di diagnostica.

- Il 17/09/2025 in occasione della WORLD PATIENT SAFETY DAY è stato organizzato il corso per la "Tutela della fertilità e della integrità ormonale nel paziente oncologico: strategie terapeutiche organizzative" con l'obiettivo di condivisione di competenze scientifiche aggiornate tra i vari ruoli professionali per la salvaguardia del futuro riproduttivo per le giovani pazienti oncologiche soggette a trattamenti farmacologici importanti.

b) Nel corso del 2025 in collaborazione con la UOC Direzione Medica, la UOC DITRAR, la UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano e la UOSD Ematologia, sono stati organizzati dalla UOSD QuARC la seguente formazione *on the job*:

- n. 5 Hospital Meeting "Recepimento dell'aggiornamento della Istruzione Operativa sul consenso informato: modalità operativa e applicazione" a completamento delle azioni di miglioramento introdotte a seguito della visita di sorveglianza del 7 e 8 luglio 2025 per il rinnovo della Certificazione ISO 9001:2015.
I Reparti coinvolti: UOC Ortopedia Oncologica, Blocco Operatorio e UOC Rianimazione, UOSD MST, UOSD Neuroncologia, UOC Radiologia.

Il tema centrale degli Hospital Meeting, ha riguardato la specifica sulle *"alternative terapeutiche, sia di tipo farmacologico che tecnico chirurgico e radiante, significative in termini di rischio e beneficio sulla base delle evidenze scientifiche disponibili al momento dell'informazione alla persona assistita"* introdotta con l'aggiornamento della Istruzione Operativa sui Consensi Informati "Recepimento ed adeguamento regionale di indirizzo sul Consenso Informato" IO – 02 Rev. 01 del 01/08/2025 e sugli allegati relativi al consenso stesso. Nel Piano Formativo Aziendale dell'IRCCS IFO sono stati

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026	PARS 2026 26/02/2026 Pag. 10 di 27
---	--	---

		programmati ulteriori percorsi formativi sul rischio clinico e sulla qualità, con particolare attenzione alla formazione obbligatoria dei neoassunti.
ATTIVITÀ 2 Somministrazione di questionario su qualità percepita ad utenza dell'IFO	SI	Nel corso del 2025 è stata effettuata un'indagine a campione presso Ambulatori e Servizi IFO, sulla qualità percepita, con la divulgazione e somministrazione del questionario di gradimento tramite Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) in collaborazione con la UOC Direzione Sanitaria, la UOC Direzione Medica, la UOC DITAR e relativa elaborazione dei dati da parte dell'UOSD QuARC in un report annuale oggetto di valutazione da parte della Direzione Strategica.
Obiettivo B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Al fine di aggiornare i documenti relativi al rischio clinico in attinenza con le Raccomandazioni Ministeriali e con le nuove evidenze scientifiche, dovranno essere implementate le seguenti Procedure: a) Aggiornamento, approvazione, diffusione e monitoraggio della Procedura "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" Raccomandazione Ministeriale N. 14 b) Aggiornamento, approvazione, diffusione e monitoraggio della Procedura "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" Raccomandazione Ministeriale N. 7	SI SI	a) Nel Corso dell'anno 2025 è stato effettuato un aggiornamento della Procedura "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" Raccomandazione Ministeriale n. 14 - QuARC PP-16 Rev. 00 del 15/12/25 e diffusa con le modalità indicate nella nota informativa 0006285 del 07/05/2024, per la presa visione delle Procedure, Istruzioni Operative, Protocolli e altra documentazione da parte del Personale Sanitario, il neoassunto incluso il <i>Personale outsourcing</i>, con la descrizione del Percorso intranet da seguire per la consultazione della documentazione. b) Nel Corso dell'anno 2025 è stato effettuato un aggiornamento della Procedura "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" Raccomandazione Ministeriale n. 7 - QuARC PP-09 Rev. 01 del 10/10/2025 e diffusa con le modalità indicate nella nota informativa 0006285 del 07/05/2024, per la presa visione delle Procedure, Istruzioni Operative, Protocolli e altra documentazione da parte del Personale Sanitario, il neoassunto incluso il <i>Personale outsourcing</i>, con la descrizione del Percorso intranet da seguire per la consultazione della documentazione. La UOSD QuARC nel 2025 ha avviato un processo di rafforzamento e implementazione delle procedure e

		fornito supporto alla revisione documentale alle Unità Operative/Servizi dell'IRCCS IFO e in particolare alle seguenti Strutture: - UOC Direzione Medica - UOC Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa, Assistenza e Ricerca (DITRAR) - UOC Anestesia e Rianimazione - UOSD Immunotrasfusionale
ATTIVITÀ 2 Implementazione e monitoraggio dell'utilizzo della <i>Scala MEWS</i> per l'appropriatezza dei progetti terapeutici dei pazienti ricoverati in Rianimazione per la definizione dei livelli di intensità di cura.	SI	La UOC Anestesia Rianimazione, la UOC Direzione Medica e la UOC DITRAR hanno implementato e monitorato l'utilizzo della scala MEWS nei pazienti ricoverati in Rianimazione, con valutazione all'ingresso, rivalutazioni durante la degenza e alla dimissione. La scala è stata applicata al 100% dei pazienti con degenza >72 ore (80 pazienti), consentendo un monitoraggio sistematico dei parametri vitali e la modulazione dei progetti terapeutici in funzione dei livelli di intensità di cura.
Obiettivo C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Svolgimento di <i>audit clinici</i> su eventi, processi ed esiti.	SI	Nel corso del 2025 sono stati effettuati: - n. 21 audit interni di prima parte, presso numerose strutture della Struttura IFO per il miglioramento della qualità nei processi oltre che la diffusione di una cultura della sicurezza delle cure tra gli operatori. L'approccio metodologico seguito per gli audit di prima parte è stato il seguente: 1. pianificazione pre audit • valutazione della documentazione in uso presso il Reparto/Servizio (es. modulistica, procedure interne, istruzioni operative, linee guida, registri); • identificazione di situazioni di rischio/opportunità sui processi assistenziali. 2. svolgimento audit, durante i quali si è verificata: • la coerenza tra documentazione presente in Unità Operativa e documentazione disponibile nell'intranet aziendale; • la completezza della stessa documentazione disponibile; • la mappatura e analisi dei rischi e delle opportunità e l'applicazione di metodologie e buone pratiche nei processi clinici-assistenziali. 3. re-audit di valutazione per le azioni di miglioramento.

		Per ogni audit proattivo condotto presso le Degenze, i Servizi e gli Ambulatori è stato elaborato un verbale sulla base di una Check List per eventuali rilevazioni di non conformità (NC) e/o osservazioni. - n. 8 audit clinici e 1 re-audit clinico di cui: - n. 7 audit per <i>near miss</i>. Tra le azioni di miglioramento sono stati eseguiti: analisi della Procedure coinvolte nei <i>near miss</i>, promozione di comunicazione interprofessionale efficace e valutazione delle azioni di miglioramento con re-audit; - n. 1 audit per <i>evento sentinella</i> con azioni di miglioramento nel processo di comunicazione operatori sanitari, familiari e caregivers. - n. 1 re-audit per la valutazione dell'efficacia delle azioni di miglioramento adottate e delle metodologie poste in essere dal personale sanitario nei processi clinici assistenziali per la prevenzione di azioni rischiose che favoriscono il realizzarsi degli eventi.
ATTIVITÀ 2 Implementazione e diffusione di materiale informativo/formativo, anche multilingua, per umanizzazione delle cure e prevenzione dei fattori di rischio, a disposizione degli Operatori Sanitari, Pazienti, Familiari, Caregiver.	SI	In coerenza con i principi di patient-centred care promossi dall'IRCCS IFO e dagli standard OEI, sono state realizzate e diffuse brochure informative multilingue (italiano, inglese e francese) per i pazienti sottoposti a radioterapia, redatte per fornire informazioni sui rischi e risposte alle domande più frequenti dei pazienti, familiari, caregiver. Le brochure sono state redatte dalla UOC Radioterapia in collaborazione con la UOSD QuARC, l'URP, la UOC Direzione Medica e la UOC DITAR.

5.2 RESOCONTO ATTIVITÀ ANNO 2025 - RISCHIO INFETTIVO

Obiettivo A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 A. Organizzazione di attività di Informazione/Formazione degli operatori mirata al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA, delle infezioni della ferita chirurgica, del rischio legionellosi e sull'uso corretto degli antimicrobici. B. Hospital Meeting sul tema della corretta esecuzione dell'igiene delle mani e uso appropriato dei guanti per la prevenzione delle ICA.	SI	Evento formativo come da PNRR – Sviluppo delle competenze tecniche –professionali, digitali e manageriali del personale sanitario – corso di formazione in infezioni ospedaliere – Individuazione/supporto e verifica adesione del personale sanitario da formare (n 339 per l'IFO) sviluppato nei MODULO A, B e C. Corso per la FORMAZIONE DI OSSERVATORI PER LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO ALL'ADESIONE DELLA CORRETTA IGIENE MANI SECONDO I 5 MOMENTI FONDAMENTALI DELL' OMS. HOSPITAL MEETING – IGIENE MANI – Nel corso dell'anno 2025, sono stati effettuati: N. 05 Incontri formativi IN ALCUNE UU.OO. di degenza e servizi sul tema - modalità di esecuzione della corretta igiene delle mani – N. 2 eventi in cui si è relazionato sul tema - RISCHIO INFETTIVO E STERILIZZAZIONE -
OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO IL PIANO DI AZIONE LOCALE CHE INTENDE MANTENERE ALMENO IL LIVELLO INTERMEDIO IN TUTTI GLI AMBITI DEL QUESTIONARIO DI CUI AL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE.		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica disaggregato per aree assistenziali.	SI	È stato elaborato un report sul consumo di soluzione idroalcolica, come richiesto nella nota n. 376929 del 04/04/2023 del CRRC della Regione Lazio, riportato nell'allegato al PARS 2026, Piano azioni locali sull'igiene mani (PALIM) rev.2026
ATTIVITÀ 2 Verifica, durante l'anno solare, dell'adesione del personale	SI	Eseguito il monitoraggio e la verifica nelle varie UU.OO. per valutare l'adesione, da parte dei singoli operatori sanitari operanti in IFO, come da indicazioni

sanitario al Piano Aziendale Igiene delle Mani (PAIM).		riportate nel piano igiene delle mani adottato nel 2022. A tal proposito, sono state effettuate n. 810 osservazioni sul personale sanitario operante prediligendo l'osservazione di coloro che assistevano i pazienti durante le attività giornaliera. Su n. 810 azioni valutate è emerso che l'adesione alla corretta igiene delle mani è stata pari al 56,17%
OBIETTIVO C) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA IN TEMA DI RISCHIO INFETTIVO, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI: CRE		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ 1 • Mantenimento del modello di sorveglianza attiva (es. tampone rettale) delle colonizzazioni/infezioni da CRE, MRSA e MDR. • Mantenimento delle misure di controllo della trasmissione nosocomiale delle colonizzazioni/infezioni da CRE, MRSA e MDR con verifica dell'applicazione della procedura aziendale soprattutto per le misure d'isolamento. • Mantenimento delle modalità di raccolta dati e flusso dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE come da indicazione Regione Lazio protocollo n.703555 del 07.09.2021	SI	Per l'anno 2025 sono state elaborate: - Reportistica dei tamponi di sorveglianza effettuati in pre ricovero da cui è emerso che: Il numero totale dei tamponi rettali eseguiti come sorveglianza attiva, sia ai pazienti in pre ricovero che durante la degenza è di 2155 su n. 7555 pazienti totali. Dai tamponi effettuati sono stati segnalati positività per CRE n. 11, per E.coli esbl + n. 25, per k. p esbl + n. 15 e per altri germi MDR n. 14. Dagli esami microbiologici eseguiti sui pazienti, sia in pre ricovero che durante la degenza, sono state segnalate in totale n. 313 positività, rispettivamente come da dettaglio di seguito inserito: A) pazienti ambulatoriali a) n. 103 positività al virus SARS-CoV-2 in pre ricovero e DH/Ambulatorio; b) n. 20 microrganismi alert su materiale vario (urine, sangue, tampone cutaneo e lavaggio bronchiale). B) pazienti degenti - n.10 positività al virus SARS-CoV-2; - n.04 virus H1N1; - n.01 virus H3N2; - n. 116 microrganismi Alert (urine, feci, sangue, tampone cutaneo e lavaggio bronchiale); - n. 62 microrganismi alert su tampone rettale;
	SI	

		- Sono state effettuate le indagini epidemiologiche ed eseguite le notifiche di malattia infettiva alla ASL territorialmente competente RM2 per: a) n.3 batteriemie da CRE (su vena periferica); b) n.01 Salmonellosi c) n.04 <i>Clostridium difficile</i> d) n.03 <i>Legionella pneumoniae</i> e) n.01 DNA <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> f) n. 01 RT PCR <i>Myc. miliare</i> g) n.06 <i>Mycobacterium chimaera</i> h) n. 01 sospetto. Meningite batterica i) n. 01 Morbillo - La UOSD Microbiologia e Virologia ha redatto trimestralmente i report e successivamente, tramite il CC-ICA, sono stati inoltrati ai Direttori/Responsabili di U.O. per la condivisione e valutazione dei dati.
ATTIVITÀ 2 Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici: verifica dell'applicazione delle procedure aziendali sull'antibiotico profilassi peri-operatoria e procedura antibiotico terapia, mediante ricognizione e monitoraggio uso farmaci per consumo espresso in DDD/100 gg di degenza per semestre	SI	In collaborazione con U.O.C. Farmacia sono stati redatti due report semestrali di consumo antimicrobici con la valutazione dei consumi in Dose Definita Die (DDD). Inoltre si sono tenuti incontri formativi on line sul tema antibiotici specifici e loro uso/beneficio con i medici delle UU.OO. per la gestione di problematiche inerenti le malattie infettive.
ATTIVITÀ 3 Prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica	SI	Nel corso dell'anno 2025 è stata eseguita, da parte della UOC Direzione Medica e condiviso con il CC-ICA, una indagine di prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza con particolare attenzione alle infezioni della ferita chirurgica. Inoltre è proseguita la Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico, come da protocollo ISS "SNICH2", presso le UOC/UOSD di degenza presenti negli IFO.

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

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

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

7. OBIETTIVI E ATTIVITÀ 2026

7.1 OBIETTIVI E ATTIVITÀ ANNO 2026 RISCHIO CLINICO

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.

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE				
ATTIVITÀ 1 a) Progettazione ed esecuzione di iniziative di formazione obbligatorie, con diffusione di una cultura della sicurezza delle cure, con iniziative specifiche per la formazione del nuovo personale (neoassunto/trasferito) per l'acquisizione e l'aggiornamento di abilità specifiche di ruolo, compreso il personale <i>outsourcing</i> e volontario; b) Progettazione di attività di formazione anche attraverso incontri presso i Reparti, Servizi e Ambulatori di <i>Hospital Meeting</i> su argomenti critici.				
INDICATORE a) Numero di eventi formativi entro il 31/12/2026; b) Numero di Hospital Meeting entro il 31/12/2026.				
STANDARD a) ≥ 2; b) ≥ 5.				
FONTE UOSD QuARC, UOC Direzione Medica, UOC DITRAR, UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano.				
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ				
Azione	UOSD QuARC	UOC Direzione Medica	UOC DITRAR	UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano
Progettazione dei corsi e degli Hospital Meeting	R	C	C	C
Accreditamento dei corsi e degli Hospital Meeting	C	I	I	R
Esecuzione dei corsi e degli Hospital Meeting	R	C	C	C

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

ATTIVITÀ 2

Somministrazione, a campione, presso Strutture Operative, di un questionario sulla qualità percepita dagli utenti, con la divulgazione e somministrazione del questionario di gradimento tramite Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) con relativa elaborazione dei dati da parte della UOSD QuARC, in un report annuale che sarà oggetto di valutazione da parte della Direzione Strategica.

INDICATORE

Numero di questionari compilati ricevuti/Numero dei questionari distribuiti

STANDARD

≥50% Numero di questionari compilati ricevuti

FONTE UOSD QuARC, UOC Direzione Sanitaria Aziendale, UOC Direzione Medica, UOC DITRAR, URP.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD QuARC	UOC Direzione Sanitaria Aziendale	UOC Direzione Medica	UOC DITRAR	URP
Aggiornamento del questionario	C	C	I	I	R
Somministrazione all'utenza	I	I	I	I	R
Elaborazione dati	R	I	I	I	C
Individuazione di Misure correttive	C	R	C	C	I

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

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.

ATTIVITÀ 1

Al fine di aggiornare i documenti relativi al rischio clinico in attinenza con le Raccomandazioni Ministeriali e con le nuove evidenze scientifiche, dovranno essere implementate le seguenti Procedure:

- Aggiornamento, approvazione, diffusione e monitoraggio della Procedura in attinenza alla Raccomandazione Ministeriale 17 "Ricognizione e riconciliazione farmacologica" PP – RM 03-2018 Rev. 10 del 10/12/2018;
- Aggiornamento, approvazione, diffusione e monitoraggio della Procedura in attinenza alla Raccomandazione Ministeriale 12 "Prevenzione degli errori in terapia con farmaci LOOK – ALIKE/SOUND" PP. R.M. 05 – 2021 del 16/06/2021;
- Aggiornamento, approvazione, diffusione e monitoraggio della Procedura in attinenza alla Raccomandazione Ministeriale 10 "Prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati" PP – RM – 04/2015;
- Aggiornamento, approvazione, diffusione e monitoraggio della Procedura in attinenza alla Raccomandazione Ministeriale 9 "Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali" PP – RM – 03/2015.

INDICATORE

- Aggiornamento procedure aziendali;
- Diffusione delle due procedure.

STANDARD

≥ 2 procedure

FONTE UOSD QuARC, UOC Direzione Medica, UOC DITRAR.

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOSD QuARC	UOC Direzione Medica	UOC DITRAR
Redazione	R	C	I
Approvazione	R	C	C
Informazione/formazione	R	I	C
Verifica	R	C	C

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

ATTIVITÀ 2

Utilizzo della *scala mews* per la valutazione dell'appropriatezza dei progetti terapeutici nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, al fine di monitorare i livelli di intensità di cura e analizzare l'andamento dei dati nel tempo.

INDICATORE

Monitoraggio con n. 2 report semestrali dei dati rilevati con la *scala mews*, sul totale dei pazienti

STANDARD

≥ 1 report/anno

FONTE UOC Anestesia e Rianimazione, UOC Direzione Medica, UOC DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOC Anestesia e Rianimazione	UOC Direzione Medica	UOC DITRAR
Implementazione utilizzo scala Mews	C	C	R
Elaborazione report semestrale	R	I	C
Verifica	C	R	C

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

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE, MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE.

ATTIVITÀ 1

Svolgimento di Audit clinici interprofessionali e integrati su eventi, processi ed esiti.

INDICATORE

Numero audit clinici svolti

STANDARD

>2 audit clinici

FONTE UOSD QuARC, UOC Direzione Medica, UOC DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOSD QuARC	UOC DIREZIONE MEDICA	UOC DITRAR
Preparazione	R	I	C
Svolgimento	R	C	I
Piano di miglioramento	R	C	C

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

ATTIVITÀ 2

Implementazione e diffusione di materiale informativo/formativo, anche multilingua, per umanizzazione delle cure e prevenzione dei fattori di rischio, a disposizione degli Operatori Sanitari, Persona Assistita, Familiari, Caregiver.

INDICATORE

Implementazione e diffusione di materiale informativo/formativo, anche multilingua.

STANDARD

≥ 1 Implementazione e diffusione del materiale.

FONTE UOSD QuARC, UOC Direzione Medica, UOC DITRAR, UOSD Immunotrasfusionale, URP

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD QuARC	UOC Direzione Medica	UOC DITRAR	UOSD Immunotrasfusionale	URP
Aggiornamento	R	C	C	C	I
Diffusione	R	I	I	C	C
Verifica	R	I	I	C	I

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

ATTIVITÀ 3

Implementare la gestione digitalizzata del Consenso Informato Generale alle Cure sul sistema informatizzato, *tabula clinica*, al fine di eliminare i duplicati cartacei consentendo il richiamo del Consenso Informato Generale alle Cure già acquisito a ogni nuovo accesso di percorso di cura e migliorare l'esperienza della persona assistita riducendo il disagio legato alla ripetuta firma.

INDICATORE

Percentuale di Consensi Informati Generali alle Cure registrati su sistema informatico *tabula clinica*/numero totale dei Consensi Informati Generali alle Cure acquisiti.

STANDARD

≥ 50% Consensi Generali Informati alle Cure su sistema informatizzato *tabula clinica*.

FONTE UOSD QuARC, UOC Direzione Sanitaria Aziendale, UOC Direzione Medica, UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD QuARC	UOC Direzione Sanitaria Aziendale	UOC Direzione Medica	UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e sistemi Informatici
Aggiornamento	C	C	C	R
Diffusione	R	I	I	C
Verifica	R	C	C	C

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

	PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026	PARS 2026 26/02/2026 Pag. 21 di 27
---	---	---

7.2 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO 2026

Gli obiettivi strategici definiti a livello regionale sono:

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Piano di attuativo per il contrasto dell'antibiotico Resistenza – PARCA (determina N. G17673 del 28 novembre 2025).
- C) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'igiene delle mani attraverso il Piano di Azione locale che intende mantenere e consolidare il livello intermedio, con progressivo avanzamento verso il livello avanzato in tutti gli ambiti del questionario di cui al Piano di Intervento Regionale.
- D) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da enterobatteri produttori di carbapenemasi (CRE).

Inoltre, si raccomanda di predisporre attività riguardanti i seguenti ambiti:

- Monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;
- Gestione della sepsi;
- Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, *Antimicrobial Resistance*);
- Monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE disaggregato per area assistenziale (preferibilmente per UO Medica, UO chirurgia e UO Area Critica).

Si allegano al presente elaborato i seguenti documenti:

- Piano di azione locale sull'igiene delle mani (PALIM) elaborato secondo quanto richiesto dal Piano Regionale di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani (adottato con Determina. N. G02044 del 26/02/2021). (**Allegato 1**)
- Programma di controllo della legionellosi, elaborato secondo quanto previsto dalle *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* (adottato con DGR n. 460 del 28/06/2024 e dal Piano di Sicurezza dell'Acqua (DLGS 18/2023 di recepimento della Direttiva UE 2020/2184) (**Allegato 2**).

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
ATTIVITÀ 1 C. Organizzazione di attività di Informazione/Formazione degli operatori mirata al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA, delle infezioni della ferita chirurgica, del rischio legionellosi e sull'uso corretto degli antimicrobici. D. Hospital Meeting sul tema della corretta esecuzione dell'igiene delle mani e uso appropriato dei guanti per la prevenzione delle ICA.
INDICATORE A. Svolgimento di almeno un corso ECM per il personale sanitario IFO. B. n. 02 Hospital Meeting: corretta esecuzione dell'igiene delle mani e uso appropriato dei guanti.
STANDARD ≥ 1 evento formativo. ≥ 2 Hospital Meeting nelle UU.OO.

FONTE

CC-ICA, UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	UOC SVILUPPO ORGANIZZATIVO E DEL CAPITALE UMANO
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I

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

OBIETTIVO B) Piano di attuativo per il contrasto dell'antibiotico Resistenza – PARCA (determina N. G17673 del 28 novembre 2025).

ATTIVITÀ 1

Aggiornamento dei protocolli di profilassi e anti-sepsi peri operatoria

INDICATORI

Procedura operativa aggiornata

STANDARD

Un report annuale.

FONTE

CC-ICA, GO-CCICA, REPARTI E SERVIZI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	DIREZIONE MEDICA	CC-ICA	UOC FARMACIA	UOSD MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
Verifica applicazione procedura	C	R	C	C
Report	C	C	R	C

ATTIVITÀ 2

Gestione della sepsi sulla base dei nuovi bundle di trattamento regionale

INDICATORI

Revisione procedura.

STANDARD

≥ 1 Revisione della procedura.

≥ 1 Indagine di prevalenza.

FONTE

CC-ICA, DIREZIONE MEDICA, REPARTI E SERVIZI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE MEDICA	REPARTI E SERVIZI
Svolgimento Indagine di Prevalenza	R	C	C
Aggiornamento procedura	R	C	I

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

OBIETTIVO C) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI ATTRAVERSO IL PIANO DI AZIONE LOCALE CHE INTENDE MANTENERE ALMENO IL LIVELLO INTERMEDIO IN TUTTI GLI AMBITI DEL QUESTIONARIO DI CUI AL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE.

ATTIVITÀ 1

Monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica disaggregato per aree assistenziali.

INDICATORE

Monitoraggio in ogni UU.OO.

STANDARD

≥20 litri per 1000 giornate di degenza

FONTE

FARMACIA, DIREZIONE MEDICA, DITRAR, GO-CCICA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	FARMACIA	DIREZIONE MEDICA	DITRAR	CC-ICA
Distribuzione gel idroalcolico	R	I	I	I
Monitoraggio	I	C	C	R
Verifica	I	C	C	R

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

ATTIVITÀ 2

Verifica, durante l'anno solare, dell'adesione del personale sanitario al Piano Aziendale Igiene delle Mani (PAIM).

Con restituzione trimestrale dei dati di compliance alle singole UU.OO. con confronto inter-reparto.

INDICATORE

Monitoraggio e verifica in tutte le UU.OO. dell'applicazione del piano igiene delle mani con utilizzo della check list specifica adottata nel PAIM.

STANDARD

Adesione alla corretta igiene delle mani all'80% da parte del personale sanitario.

FONTE

CC-ICA, Direzione Medica, DITRAR e RSPP

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE MEDICA	DITRAR	RSPP
Monitoraggio	R	C	C	I
Verifica	R	I	C	I

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

ATTIVITÀ 3

Riduzione dell'utilizzo improprio dei guanti in sostituzione dell'igiene delle mani attraverso audit mirati e Hospital Meeting tematici.

INDICATORE

Numero audit mirati su uso guanti + monitoraggio episodi guanti senza igiene.

STANDARD

Riduzione ≥ 30% degli episodi di utilizzo improprio dei guanti rispetto al 2025.

FONTE

CC-ICA, Direzione Medica, DITRAR

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	CC-ICA	DIREZIONE MEDICA	DITRAR	RSPP
Monitoraggio	R	C	C	I
Verifica	R	I	C	I

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

OBIETTIVO D) 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 CRE.

ATTIVITÀ 1

Monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;

INDICATORI

Revisione procedura.

Indagine di prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza.

STANDARD

1. Revisione procedura.

2. Indagine di prevalenza puntuale delle infezioni correlate all'assistenza.

FONTE

CC-ICA, GO-CCICA, REPARTI E SERVIZI

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	DIREZIONE MEDICA	CC-ICA	UOSD MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
Verifica applicazione procedura	C	R	C
Report	C	C	R

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

ATTIVITÀ 2

Misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance)

INDICATORI

Report consumo antimicrobici in DDD/100 gg di degenza

STANDARD

Un report annuale

FONTE

DIREZIONE MEDICA, CC-ICA, FARMACIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'

AZIONE	DIREZIONE MEDICA	CC-ICA	FARMACIA
Incontri periodici analisi dei reparti	C	R	C
Report	C	C	R

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

ATTIVITÀ 3

Monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE disaggregato per area assistenziale (preferibilmente per UO Medica, UO chirurgia e UO Area Critica).

INDICATORI

Report consumo antimicrobici in DDD/100 gg di degenza

STANDARD

Un report annuale

FONTE

DIREZIONE MEDICA, CC-ICA, FARMACIA

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	DIREZIONE MEDICA	CC-ICA	FARMACIA
Incontri periodici analisi dei reparti	C	R	C
Report	C	C	R

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

8. MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Al fine di promuovere e sostenere la realizzazione del PARS la Direzione Aziendale assicura la sua diffusione attraverso:

- I. Diffusione, a cura del QuARC, a tutti i Direttori Dipartimentali, i Direttori/Responsabili di struttura organizzativa, Coordinatori Infermieristici e operatori sanitari dell'IFO mediante posta elettronica aziendale.
- II. Pubblicazione del PARS sull'archivio documentale della intranet aziendale.
- III. Pubblicazione del PARS sul sito internet aziendale.

9. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Nota della Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica – Protocollo U.0037825 del 15/01/2026 avente per oggetto “Piano Annuale di Gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS);
2. Sartelli M., Scaglione F., Petrosillo N., Silvestri A., “Le infezioni del sito chirurgico “. EDRA 2023;
3. Determinazione - Regione Lazio – Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria – Rete Ospedaliera Specialistica n. G00643 del 25/01/2022 avente per oggetto “Adozione del “Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”;
4. Determinazione Regionale G15198 del 06/11/2022 “Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita”;
5. Legge 8 marzo n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
6. Regione Lazio DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12356 Approvazione del "Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti";

7. Regione Lazio DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
8. Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309 Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018 - Progetto 7.3, contenimento delle Infezioni Correlate all'Assistenza e monitoraggio dell'uso degli antibiotici";
9. Regione Lazio DCA n. U00563 del 24/11/2015, Istituzione del Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA);
10. Regione Lazio DIREZIONE SALUTE E POLITICHE SOCIALI. Linee di indirizzo per la stesura dei Piani Attuativi per i Comitati di controllo delle infezioni correlate all'assistenza della Regione Lazio. Regione Lazio Registro Ufficiale U.0388434 del 22-07-2016;
11. Piano Nazionale di contrasto dell'antimicrobica-resistenza (PNCAR) 2017-2020", approvato il 2 novembre u.s. con Intesa in Conferenza Stato-Regioni;
12. Ministero della salute. Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Qualita%20e%20sicurezza%20dell'e%20cure&area=qualita
13. Regione Lazio. Rischio Clinico. http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=contenutiDettaglio&id=311
14. AGENAS Rischio clinico e sicurezza del paziente <http://www.agenas.it/aree-tematiche/qualita/rischio-clinico-e-sicurezza-del-paziente>

Rischio infettivo:

15. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;
16. Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
17. Circolare Ministeriale n. 52/1985 recante "Lotta contro le Infezioni Ospedaliere";
18. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante "Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza";
19. Determina Regionale n. G12355 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del documento recante – Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella";
20. Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie";
21. Determina Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
22. Decreto del Commissario ad Acta 16 gennaio 2015, n. U00017 recante "Recepimento dell'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, recante approvazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018, Rep, Atti n.

156/CSR del 13 novembre 2014. Preliminare individuazione dei Programmi Regionali e approvazione del Quadro di Contesto del Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018;

23. Decreto del Commissario ad Acta 6 luglio 2015, n. U00309 recante “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018, ai sensi dell’intesa Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 13 novembre 2014 (rep. Atti 156/CSR);
24. Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR 2017-2010);
25. Decreto del Commissario ad Acta 29 ottobre 2018, n. U00400 recante “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”;
26. Circolare 035086-03/12/2019-DGPRES-MDS-P Rapid Risk Assessment dell’ECDC: Enterobatteri Resistenti ai carbapenemi (CRE) – 26 settembre 2019.
27. Circolare 035470-06/12/2019-DGPRES-MDS-P Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE);
28. Nota Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria Area Rete Ospedaliera e Specialistica prot. N. 63667 del 23/01/2020;
29. Decreto del Commissario ad Acta del 24/11/2015 n. U00563, - Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle ICA (CR-CCICA);
30. Decreto del Commissario ad Acta 7/11/2017, n. U00469 Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012 – sezione sulla gestione del rischio infettivo;
31. DGPRES Ministero della Salute n 0001479 del 17/01/2020 aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi CRE;
32. Centro Regionale Rischio Clinico - Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani – 19/02/2021.

10. ALLEGATI

Allegato 1. Piano Aziendale sull’Igiene delle Mani (PAIM);

Allegato 2. Programma di controllo della legionellosi, secondo quanto previsto dalle *Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* (adottato con DGR n. 460 del 28/06/2024)

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>“Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani”</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 1 di 23
---	---	---

Allegato n. 1 PARS 2026

PROPOSTO		VERIFICATO		APPROVATO	
FUNZIONE	FIRMA	FUNZIONE	FIRMA	FUNZIONE	FIRMA
Dirigente Medico di Direzione Medica Dr.ssa O. Di Bella	F.to olografa	Direttore UOC Direzione Medica Dr.ssa C. Cavuto	F.to olografa	Direttore Sanitario ff Dr.ssa C. Cavuto	F.to olografa
Coordinatore Attività Trasversali: Prevenzione e Monitoraggio delle ICA Qualità e Rischio Clinico Infettivo Dr.ssa C. Pronesti	F.to olografa	Responsabile ff UOSD Qualità Accreditamento e Risk Management Dr. A. Cataldo	F.to olografa		
		Direttore UOC D.I.T.R.A.R. Dr. F. Petrone	F.to olografa		

INDICE

1. STATO DELLE REVISIONI	1
2. PREMESSA.....	2
3. SCOPO.....	4
4. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	4
5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI	5
6. RISULTATO DELLE ATTIVITÀ DI OSSERVAZIONE, DEI QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE E RELATIVE AZIONI PROGRAMMATE	6
6.1 – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	12
6.2 – FORMAZIONE DEL PERSONALE	14
6.4 – COMUNICAZIONE PERMANENTE	18
6.5 – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT	20
7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DOCUMENTO.....	21
8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO.....	22
9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO	22
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA	22

1. STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
13/12/2022	00	Prima emissione
19/02/2024	01	Aggiornamento sulla base del monitoraggio programmato
19/02/2025	02	Aggiornamento sulla base del monitoraggio programmato
24/02/2026	03	Aggiornamento sulla base del monitoraggio programmato

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 2 di 23
---	--	---

2. PREMESSA

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura. Costituiscono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale: ospedali per acuti, day hospital/day surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali, ecc.

Le ICA possono essere causate da microrganismi già presenti sulla cute e sulle mucose del paziente (infezioni endogene) o da microrganismi trasmessi tramite un altro paziente, un operatore sanitario o l'ambiente (infezioni esogene).

Le cause sono molteplici, fra le principali ricordiamo:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi; gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili;
- l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunodepressione) o la presenza di altre gravi patologie concomitanti;
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale;
- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA.

Le ICA rappresentano uno dei principali problemi per la sicurezza dei pazienti, e hanno un impatto clinico ed economico rilevante per i servizi sanitari, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano:

- prolungamento della durata di degenza,
- disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici,
- una significativa mortalità in eccesso.

In Europa, le ICA provocano ogni anno:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza;
- 37.000 decessi attribuibili;
- 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa;
- costi stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti.

Uno studio nazionale di prevalenza condotto nel 2018 utilizzando il protocollo dell'ECDC, ha rilevato una frequenza media di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale; nell'assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA.

 	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>“Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani”</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 3 di 23
---	--	---

I microrganismi coinvolti possono essere virus, funghi o miceti, parassiti e, più frequentemente, batteri. Fino all'inizio degli anni '80, le ICA erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (per esempio, E. coli e Klebsiella pneumoniae). Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari in materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da batteri gram-positivi (soprattutto Enterococchi e Stafilococcus epidermidis) e quelle da miceti (soprattutto Candida), mentre sono diminuite quelle sostenute da batteri gram-negativi. Tuttavia, recentemente, alcuni batteri gram-negativi, come gli enterobatteri resistenti alle carbapenemasi (CRE) e l'Acinetobacter spp., responsabili di gravi infezioni, sono diventati molto frequenti in ambito assistenziale ospedaliero.

La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l'apparato respiratorio, le ferite chirurgiche, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere.

Dalla definizione si desume chiaramente che le ICA sono correlate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, e possono insorgere come conseguenza di criticità di tipo strutturale e tecnologico, di carenze nelle procedure assistenziali o di comportamenti non corretti da parte degli operatori. Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione (Infection Prevention and Control, IPC), si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%. Fra questi interventi la corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente.

Purtroppo il livello di adesione a questa pratica è, spesso, inaccettabilmente, basso. In letteratura è riportata un'adesione inferiore al 40% nelle strutture sanitarie in cui non sono stati implementati appositi programmi di sensibilizzazione. Questo valore scende sotto il 20% nelle strutture residenziali per anziani. La corretta igiene delle mani è una delle azioni fondamentali non solo delle cosiddette “precauzioni standard”, ma anche nel caso in cui sia necessario adottare precauzioni ulteriori, come quelle da contatto o droplet. La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i bundle relativi al rischio infettivo (prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, di quelle legate a catetere venoso e vescicale, della polmonite associata al ventilatore).

La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce a prevenire o ridurre:

- la colonizzazione e infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti);
- la diffusione di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti) nell'ambiente sanitario;
- le infezioni causate da microrganismi endogeni;
- la colonizzazione e infezione degli operatori sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>“Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani”</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 4 di 23
---	---	---

strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del “tutto o nulla” dei bundle (vedi Capitolo 5.0), debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un’infezione.

Anche nella gestione dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2, l'igiene delle mani, associata al distanziamento fisico e all'etichetta respiratoria, rappresenta un elemento di cruciale importanza per ridurre la trasmissione del virus in tutti gli ambiti, professionali e non. In ambito lavorativo, in particolare, i dispositivi medici e i dispositivi di protezione individuale sono efficaci per la protezione degli operatori solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che comprende controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici, tra i quali quelli relativi all'igiene delle mani.

3. SCOPO

L'obiettivo di questo documento è quello di definire requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consentono all'organizzazione di elaborare il piano di azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS.

Migliorare la compliance/aderenza degli operatori sanitari/tecnici alle raccomandazioni sull'igiene delle mani al fine di ridurre le infezioni correlate all'assistenza e il fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

Inoltre:

- migliorare la corretta igiene delle mani;
- ridurre il numero di batteri residenti e transitori delle mani;
- prevenire il passaggio di microrganismi dall'ambiente ospedaliero al paziente e dal paziente al personale ospedaliero;
- aderire al Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani emesso il 19 febbraio 2021;
- aumentare il grado di adesione dei professionisti sanitari all'I.O., anche in considerazione del particolare assetto immunitario dei pazienti oncologici;
- ridurre i fenomeni di irritazione cutanea ai prodotti per l'igiene delle mani.

Il presente elaborato rappresenta l'aggiornamento del Piano Aziendale sull'Igiene delle Mani redatto nel 2022. Vengono riportati gli esiti dei questionari di autovalutazione in tutte le cinque sezioni previste dal documento regionale e le azioni programmate per il mantenimento o il miglioramento del livello ottenuto.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il piano si applica a tutti gli operatori sanitari/tecnici che prestano la loro opera a qualsiasi titolo all'interno dell'IFO ed all'interno di ogni Unità Operativa.

Il presente documento è rivolto a tutti gli operatori ed è finalizzato alla tutela degli assistiti, degli stessi operatori e in qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.

 	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>“Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani”</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 5 di 23
---	--	---

Per gli scopi del documento, gli ambiti vanno intesi come di seguito specificato:

- ✓ **Ambito Strutturale/Tecnologico** come ad esempio procedure specifiche, stanze di isolamento;
- ✓ **Ambito organizzativo**: misure finalizzate a mantenere uno standard formativo costantemente elevato (ad esempio: formazione, retraining, autovalutazioni ecc.) e interventi finalizzati al monitoraggio della implementazione delle buone pratiche e degli indicatori di processo;
- ✓ **Ambito professionale**: insieme di azioni ripetute e finalizzate alla implementazione delle buone prassi nella pratica clinico-assistenziale.

5. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI

Antisepsi delle mani: La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.

Agente antisettico: Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.

CCICA : Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

Colonizzazione: Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite.

CRRC: Centro Regionale Rischio Clinico.

Disinfezione: Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.

Frizione antisettica: Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.

ICA: Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale e che non era presente né in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.

Igiene Ospedaliera: Disciplina che contempla tutti gli aspetti relativi al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori e degli operatori sanitari. Da un punto di vista gestionale consiste nell'insieme di funzioni che mira a garantire in modo efficiente che un qualsiasi setting assistenziale (ospedale, ambulatorio, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 6 di 23
---	--	---

Infezione: Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria.; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.

Punto di Assistenza: Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.

L'analisi dei dati relativi all'anno 2025 evidenzia un miglioramento dell'adesione all'igiene delle mani rispetto all'anno precedente, con un incremento significativo del numero di osservazioni effettuate, che rende il dato maggiormente rappresentativo del comportamento assistenziale reale.

Permangono tuttavia criticità correlate all'utilizzo improprio dei guanti in sostituzione dell'igiene delle mani e un consumo di soluzione idroalcolica inferiore al benchmark OMS di riferimento (20 L/1000 giornate assistenziali).

Alla luce di tali evidenze, il presente Piano di Azione Locale intende consolidare il livello intermedio raggiunto e promuovere un progressivo avanzamento verso il livello avanzato attraverso interventi mirati, monitoraggio sistematico e restituzione periodica dei risultati alle Unità Operative.

6. RISULTATO DELLE ATTIVITÀ DI OSSERVAZIONE, DEI QUESTIONARI DI AUTOVALUTAZIONE E RELATIVE AZIONI PROGRAMMATE

- Metodologia di osservazione e calcolo indicatori

L'attività di osservazione dell'igiene delle mani è stata condotta secondo la metodologia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) basata sui "5 momenti per l'igiene delle mani".

Per "opportunità" si intende ogni occasione assistenziale in cui, secondo i 5 momenti OMS, è indicata l'esecuzione dell'igiene delle mani.

Le modalità di rilevazione hanno previsto la registrazione delle seguenti categorie:

- Lavaggio con acqua e sapone
- Frizione con soluzione idroalcolica (SIA)
- Nessuna azione
- Nessuna azione con utilizzo di guanti

La compliance è stata calcolata secondo la seguente formula:

$$\text{Compliance (\%)} = (\text{Lavaggio} + \text{Frizione SIA}) / \text{Opportunità osservate} \times 100$$

L'utilizzo dei guanti in assenza di igiene delle mani è stato considerato comportamento non conforme, in quanto non sostitutivo della corretta igiene.

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 7 di 23
---	--	---

I dati sono stati raccolti tramite scheda di osservazione aziendale e validati dal Referente per il Rischio Infettivo.

Nell'arco dell'anno 2025 sono state effettuate n. 810 osservazioni condotte nei reparti di degenza e servizi sulla corretta igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.

L'indagine è stata effettuata durante le attività assistenziali sui pazienti.

Dall'analisi dei dati emerge l'adesione dell' 56,17% degli operatori sanitari come riportato in Tabella 1.

Tabella 1 Analisi delle osservazioni – Anno solare 2025

OPPORTUNITÀ OSSERVATE come dai 5 momenti fondamentali indicati da OMS (N.)	LAVAGGIO (N.)	SIA (N.)	NESSUNA (N.)	SE NESSUNA GUANTI (N.)	COMPLIANCE
810	214	241	146	209	56,17%

Analisi dei risultati 2025

Nel corso del 2025 sono state osservate 810 opportunità assistenziali.

La compliance complessiva è risultata pari al **56,17%**, valore calcolato su 241 frizioni con soluzione idroalcolica e 214 lavaggi tradizionali.

Sono emerse le seguenti criticità:

- **146 episodi di mancata igiene delle mani**
- **209 episodi di utilizzo dei guanti senza esecuzione di igiene**
- Percentuale elevata di comportamenti non conformi complessivi (43,8%)

Particolare attenzione deve essere rivolta all'uso improprio dei guanti come sostitutivo dell'igiene delle mani, fenomeno che rappresenta un importante fattore di rischio per la trasmissione crociata.

Tabella 2 Consumo di soluzione idroalcolica per igiene mani – Anno 2025

Periodo	1° semestre 2025				2° semestre 2025			
Divisione:	Flaconi da 100 ml	Flaconi da 500 ml	Giornate di degenza ordinari	Giornate e DH	Flaconi da 100 ml	Flaconi da 500 ml	Giornate di degenza ordinari	Giornate DH
AREA CHIRURGICA totale 1	20	196	12073	7398	56	175	13816	7742
TERAPIA INTENSIVA totale 2	0	80	1015	936	0	54	1048	977
AREA MEDICA totale 3	5	75	8273	949	0	82	8110	1041
ALTRI SERVIZI totale 4	21	396	0	507	62	526	0	389
Consumo in litri totali		373,96	21361	9790		419,68	22974	10149

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 8 di 23
---	---	---

- Analisi indicatori di consumo

Al fine di rendere confrontabili i dati di consumo tra i semestri, è stato calcolato l'indicatore di consumo normalizzato per 1000 giornate assistenziali (ordinari + Day Hospital).

- **1° semestre 2025:**
373,96 litri su 31.151 giornate assistenziali
→ **12,00 litri / 1000 giornate**
- **2° semestre 2025:**
419,68 litri su 33.123 giornate assistenziali
→ **12,67 litri / 1000 giornate**

Si osserva un incremento del consumo nel secondo semestre, indicativo di maggiore utilizzo della soluzione idroalcolica.

Tuttavia, il dato di consumo deve essere interpretato congiuntamente ai risultati osservazionali, in quanto un aumento del consumo non sempre corrisponde automaticamente a un miglioramento della compliance.

Tabella 3 Analisi delle osservazioni - Anno solare 2024

OPPORTUNITÀ OSSERVATE come dai 5 momenti fondamentali indicati da OMS (N.)	LAVAGGIO (N.)	SIA (N.)	NESSUNA (N.)	SE NESSUNA GUANTI (N.)	COMPLIANCE
286	35	65	34	152	34,97%

- Analisi dei risultati 2024

Nel corso del 2024 sono state osservate 286 opportunità assistenziali.

La compliance complessiva correttamente ricalcolata è risultata pari al **34,97%**, valore ottenuto su 35 lavaggi tradizionali e 65 frizioni con soluzione idroalcolica (100 azioni conformi su 286 opportunità osservate).

Sono emerse le seguenti criticità:

- 34 episodi di mancata igiene delle mani
- 152 episodi di utilizzo dei guanti senza esecuzione di igiene
- Percentuale complessiva di comportamenti non conformi pari al **65,03%**

Il dato evidenzia una rilevante criticità nell'adesione alle raccomandazioni OMS, in particolare per quanto riguarda l'utilizzo improprio dei guanti quale sostitutivo dell'igiene delle mani.

Tabella 4 Consumo di soluzione idroalcolica per igiene mani – Anno 2024

Periodo	1° semestre 2024	2° semestre 2024
---------	------------------	------------------

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 9 di 23
---	---	---

Divisione:	Flaconi da 100 ml	Flaconi da 500 ml	Giornate di degenza ordinaria	Giornate DH	Flaconi da 100 ml	Flaconi da 500 ml	Giornate di degenza ordinaria	Giornate DH
AREA CHIRURGICA totale 1		86,78	11998	5992		85,85	11835	6244
TERAPIA INTENSIVA totale 2		26,03	1056	720		35	946	818
AREA MEDICA totale 3		30	8372	960		48,58	7131	923
ALTRI SERVIZI totale 4		258,78	0	352		185,87	0	459
Consumo in litri totali		401,14	21426	8024		355,3	19912	8444

- Confronto dei consumi assoluti

Nel 2024 il consumo totale annuo di soluzione idroalcolica è stato pari a:

- 401,14 L nel 1° semestre
- 355,3 L nel 2° semestre

per un totale annuo di **756,44 L**.

Nel 2025 il consumo totale annuo è stato pari a:

- 373,96 L nel 1° semestre
- 419,68 L nel 2° semestre

per un totale annuo di **793,64 L**.

Si osserva pertanto un incremento assoluto nel 2025 pari a **+37,2 L**, corrispondente a una variazione percentuale del **+4,9%** rispetto al 2024.

Nel 2024 la compliance risultava pari al **34,97%**, mentre nel 2025 è risultata pari al **56,17%**. Si osserva pertanto un miglioramento della compliance pari a **+21,20** punti percentuali nel 2025 rispetto al 2024, contestualmente a un significativo incremento del numero di osservazioni effettuate (da 286 a 810), che rende il dato 2025 maggiormente rappresentativo.

Si precisa che il dato di compliance 2024 è stato ricalcolato secondo la formula OMS (Lavaggio + Frizione SIA / Opportunità ×100) al fine di garantire coerenza metodologica con il monitoraggio 2025.

- Confronto normalizzato e benchmark OMS

Nel 2024 il consumo normalizzato di soluzione idroalcolica è risultato pari a **14,06 L/1000 giornate assistenziali**.

Nel 2025 l'indicatore è risultato pari a **12,35 L/1000 giornate assistenziali**.

Si evidenzia pertanto una riduzione nel 2025 rispetto al 2024 pari a **-1,71 L/1000 giornate (-12,2%)**, verosimilmente correlata all'incremento delle giornate assistenziali registrato nel 2025.

Il benchmark OMS per strutture per acuti indica un valore orientativo pari a **20 L/1000 giornate di degenza ordinaria**.

Il valore aziendale 2025 risulta inferiore a tale riferimento, con uno scostamento pari a **7,67 L/1000 giornate**. Si precisa che il benchmark OMS rappresenta un valore orientativo e si riferisce esclusivamente alle giornate di degenza ordinaria, mentre il dato aziendale include anche attività di Day Hospital.

Nel complesso, il confronto evidenzia un margine di miglioramento nel consumo di soluzione idroalcolica, da interpretare congiuntamente ai dati di compliance osservazionale.

- Identificazione delle priorità di intervento 2026

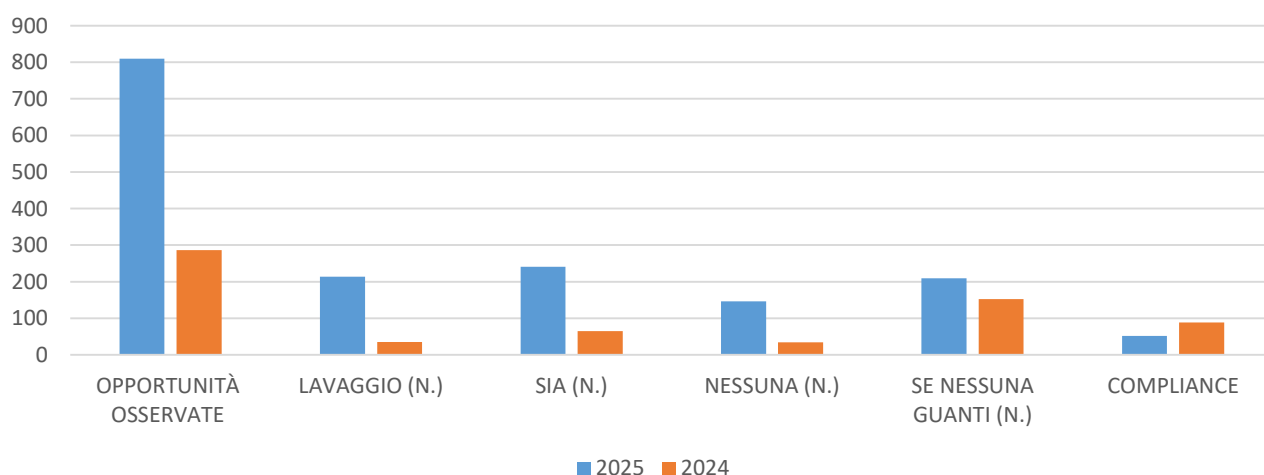
L'analisi integrata dei dati osservazionali e dei consumi ha permesso di identificare le seguenti aree prioritarie:

- Unità operative con consumo inferiore alla media aziendale
- Aree con elevata percentuale di utilizzo dei guanti senza igiene
- Servizi con oscillazioni significative tra primo e secondo semestre

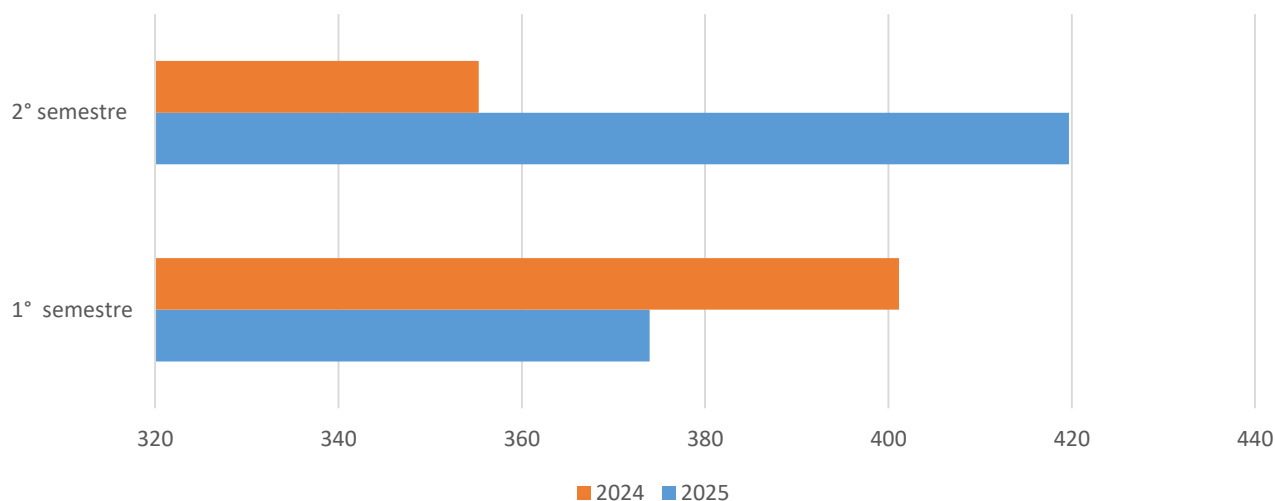
Tali aree saranno oggetto di audit mirati, retraining e monitoraggio trimestrale dedicato.

L'analisi comparativa evidenzia un miglioramento della compliance nel 2025 rispetto al 2024; tuttavia il valore del **56,17%** permane inferiore agli standard attesi e richiede ulteriori azioni di miglioramento.

Osservazioni



Consumo in litri di soluzione idroalcolica



Di seguito vengono riportati gli esiti dei questionari di autovalutazione in tutte le cinque sezioni previste dal documento regionale e le azioni programmate per il mantenimento o il miglioramento del livello ottenuto.

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>“Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani”</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 12 di 23
---	---	--

6.1 – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE PER LE STRUTTURE

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 in ogni 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
	Sì	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	Sì	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	15
		TOT. 95

L'autovalutazione della SEZIONE A relativa ai requisiti strutturali e tecnologici effettuata nel corso del 2025 ha confermato un punteggio di 95 che rientra nel **LIVELLO AVANZATO** (76-100), a significare che la promozione e l'adesione all'igiene delle mani per questa sezione è ottimale. Il livello è stato mantenuto anche grazie alle azioni di monitoraggio riportate nella tabella A1, intraprese con il supporto concreto della Direzione Strategica.

UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA
PIANO di AZIONE LOCALE
sull'IGIENE delle MANI
(PALIM)

Determina n. G02044/2021

"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"

UOC
DIREZIONE MEDICA
CC-ICA
PALIM
Rev.03
24/02/2026
Pag. 13 di 23

TABELLA A1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

AZIONE	R	T	M
Esaminare le informazioni disponibili sulla <i>compliance</i> all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.			X
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: - Indagine sui singoli Reparti/Servizi; - Indagine sul consumo di soluzione alcolica.			X
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.			X
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.			X

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

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 14 di 23
---	--	--

6.2 – FORMAZIONE DEL PERSONALE

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
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
	Sì	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	Sì	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	0
	Sì	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	Sì	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	Sì	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	10
		TOT. 85

L'autovalutazione della Sezione B relativa alla formazione del personale, aggiornata nel corso del 2025, ha confermato un punteggio di 85 che rientra nel **LIVELLO AVANZATO** (76-100), a significare che la promozione e l'adesione all'igiene delle mani per questa sezione è ottimale. Il livello è stato mantenuto, grazie alle azioni di monitoraggio riportate nella tabella B1. Inoltre, si sta aggiornando il team di osservatori, prevedendo anche per questi una formazione specifica.

TABELLA B1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
FORMAZIONE DEL PERSONALE			
AZIONE	R	T	M
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.			X
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.		X	
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).		X	
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).	X		
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.		X	
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.		X	
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.			X
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.			X
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).	X		
Definire un sistema per aggiornare la formazione e i verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).			X
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.	X		
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione a la sostituzione di quello obsoleto.			X

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

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 16 di 23
---	---	---

6.3 – MONITORAGGIO E FEEDBACK

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
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
	SÌ	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
	SÌ	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SÌ	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
	SÌ	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	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
	SÌ	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
	SÌ	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
	SÌ	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
	SÌ	7.5
		TOT. 60

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 17 di 23
---	--	--

L'autovalutazione della SEZIONE C relativa a valutazione, monitoraggio e feedback, effettuata nel corso del 2025, ha ottenuto un punteggio di 60 che rientra nel **LIVELLO INTERMEDIO** (51-75). Il livello è stato mantenuto nell'aggiornamento con un lieve miglioramento rispetto alla valutazione del 2024, grazie alle azioni di monitoraggio già intraprese riportate nella tabella C1.

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

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

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>“Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani”</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 18 di 23
---	--	--

6.4 – COMUNICAZIONE PERMANENTE

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
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%?)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7.5
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'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
	Sì	10
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	NO	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	Sì	0
	NO	15
		TOT. 70

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 19 di 23
---	--	--

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.		X	
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.	X		
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.			X
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).			X
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.		X	
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.	X		

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

L'autovalutazione della Sezione D relativa alla comunicazione permanente, effettuata nel corso del 2025, ha ottenuto un punteggio di 70 che rientra nel **LIVELLO INTERMEDIO** (51-75).

Il livello è stato mantenuto nell'aggiornamento con un lieve miglioramento rispetto alla valutazione del 2024, grazie alle azioni di monitoraggio già intraprese riportate nella tabella D1. Inoltre, è in corso di valutazione l'implementazione di materiali specifici per migliorare la comunicazione.

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 20 di 23
---	--	--

6.5 – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
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
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	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
	SÌ	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SÌ	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	5
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
	SÌ	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
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	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
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	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
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	5

TOT. 55

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 21 di 23
---	--	---

L'autovalutazione della Sezione E relativa al clima organizzativo e commitment, effettuata nel corso del 2025, ha ottenuto un punteggio di 75 che rientra nel **LIVELLO INTERMEDIO** (51-75).

Il livello è stato mantenuto nell'aggiornamento con un miglioramento rispetto alla valutazione del 2024, grazie alle azioni di monitoraggio già intraprese riportate nella tabella E1. Inoltre, si è pianificata l'aggiornamento dei componenti del team dedicato all'osservazione dell'adesione della corretta igiene delle mani.

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.			X
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.			X
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.		X	
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.	X		
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.	X		
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.		X	
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.		X	
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).		X	
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.	X		
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.	X		
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.		X	

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

7. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DOCUMENTO

Il presente PALIM è soggetto a monitoraggio annuale.

L'applicazione delle azioni previste viene verificata attraverso:

- Analisi trimestrale degli indicatori osservazionali
- Analisi semestrale dei consumi di soluzione idroalcolica
- Verifica documentale delle attività formative svolte
- Verifica delle checklist di controllo del point-of-care

Eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi prefissati comporteranno l'attivazione di azioni correttive mirate.

Il documento viene revisionato annualmente o in caso di modifiche normative/organizzative rilevanti.

Indicatori:

- Report ICA/gg di degenza
- Report consumo soluzione idroalcolica/gg di degenza

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>“Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani”</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 22 di 23
---	---	---

8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO

Il referente della Qualità, Accreditamento e Rischio Clinico trasmetterà la procedura ai Direttori di Dipartimento, DITRAR, Unità Operative ed ai Coordinatori Infermieristici di reparto e servizi a cui spetterà la diffusione ai propri collaboratori in una riunione interna con presa visione mediante firma autografata su apposita modulistica di presa visione di procedura aziendale. La sua conservazione, ad opera del Coordinatore Infermieristico, va effettuata presso le diverse Unità Operative in luogo accessibile a tutti gli operatori e consultabile nella sezione intranet aziendale. Il presente piano, che costituisce documentazione del Sistema della Qualità Aziendale, sarà pubblicata sulla intranet aziendale nella sezione Risk Management.

9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO

L'aggiornamento del documento avverrà con periodicità stabilita (tre anni) e sarà aggiornato anche in base a nuove prove di efficacia emerse in letteratura, e/o ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti legislativi.

L'aggiornamento è a cura del Direttore della Struttura che ha approvato il documento.

10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA

1. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.
2. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
3. Template Action Plan, WHO, 2009
4. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
5. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
6. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012
7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012
8. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34
9. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC”. Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
10. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6.
11. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. American Journal of Infection Control, 1991,19:243-249.
12. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2005, 26:316-320.

	UOC DIREZIONE MEDICA e CC - ICA PIANO di AZIONE LOCALE sull'IGIENE delle MANI (PALIM) Determina n. G02044/2021 <i>"Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani"</i>	UOC DIREZIONE MEDICA CC-ICA PALIM Rev.03 24/02/2026 Pag. 23 di 23
---	--	---

13. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2004, 25:262-264.
14. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.
15. Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.
16. <http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica> (data ultima consultazione: 2 dicembre 2020).
17. Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Mar 3. PMID: 29533568.
18. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 March.
19. Wałaszek MZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, *Journal of Hospital Infection* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.023>

Allegato n. 2 PARS 2026

PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Sommario

a.	Costituzione del team.....	2
b.	Realizzazione della piattaforma documentale	3
c.	Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo previste.....	4
d.	Risultato sintetico degli esiti di monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto.....	6
e.	Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive	8
f.	Pianificazione delle azioni di supporto previste	9

Gruppo di lavoro:

Direzione Medica IFO: Dr.ssa O. Di Bella;
Responsabile f.f. UOSD QuARC: Dr. A. Cataldo;
Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione: Dr.ssa A. Cinquina;
Medico Competente;
Dirigente UOC Patrimonio e Tecnico Ing. R. Paolini,
Dirigente Medico Infettivologo: Dr. C. Stingone, Dr.ssa L. Gianserra;
Rappresentante Dipartimento CRO: Dr.ssa I. Monteferrante;
Rappresentante Dipartimento CRD: Dr. A. Bonadies;
Rappresentante Dipartimento RTA: Dr. A. Antenucci;
Responsabile UOSD Microbiologia e Virologia: Dr.ssa F. Pimpinelli;
Coord. Trasv. Prevenzione e monitoraggio delle ICA: Dr.ssa C. Pronesti;
Coord. Piattaforma degenza Medica Oncologica: Dr. G. Sodero;
Coord. Trasv. pianificazione monitoraggio e sicurezza delle cure: Dr.ssa I. Fanella

a. Costituzione del team

ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	STATO DI ATTUAZIONE/MIGLIORAMENTO
Costituzione del <i>team</i> per la prevenzione e gestione del rischio legionella pneumophila, con l'obiettivo di garantire un monitoraggio sistematico del rischio.	Il <i>team</i> specifico è stato istituito con atto deliberativo IFO n. 850 del 31/07/2020; finalizzato all'aggiornamento e alla revisione delle procedure interne per la gestione del rischio ambientale da legionella pneumophila.	A seguito di variazioni organizzative è in revisione la composizione del <i>team</i> tramite atto deliberativo, con la definizione di ruoli e responsabilità.

b. Realizzazione della piattaforma documentale

ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	STATO DI ATTUAZIONE/MIGLIORAMENTO
Pubblicazione della documentazione attinente al programma di prevenzione e controllo della legionellosi e della sicurezza dell'acqua nell'area riservata dell'intranet aziendale dedicata alle procedure, di facile consultazione per tutti gli operatori sanitari, incluso il personale outsourcing interessato.	Come da nota informativa prot. IFO n. 0006285 del 07/05/2024, sul sito intranet aziendale, sono disponibili le Procedure, Istruzioni Operative, Protocolli, altra documentazione, al fine di agevolare la visione, la diffusione e il recepimento degli obiettivi strategici aziendali e relative revisioni. Tale sistema è utile per un miglioramento del livello di autonomia e sicurezza delle cure in ambito del Risk Management a tutela della persona assistita e dell'operatore sanitario.	Durante il 2025, gli IFO hanno implementato la piattaforma informatizzata <i>EOS Moduli</i>, che entrerà a pieno regime nel corso dell'anno 2026. Tale piattaforma è integrata in tutti i processi ed è in grado di migliorare significativamente: - Efficacia e efficienza nella gestione dei percorsi sanitari. - Sicurezza e qualità delle attività organizzative - Tracciabilità e trasparenza delle procedure interne. La piattaforma garantisce una idonea gestione del sistema documentale interno, con particolare riferimento ai documenti afferenti alle tematiche di qualità, accreditamento e rischio clinico e, più in generale, garantendo la compliance alla normativa applicabile. È prevista attività formativa del personale sanitario individuato per la gestione dei processi di competenza nella piattaforma <i>EOS Moduli</i>. Nel nuovo sistema informatizzato è previsto un modulo specifico per l'organizzazione dei documenti di prevenzione e gestione del rischio <i>Legionella pneumophila</i>.

c. Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio e indicazione sintetica delle misure di controllo previste

ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	STATO DI ATTUAZIONE/MIGLIORAMENTO
La valutazione del rischio legionellosi coinvolge diversi professionisti con competenze tecniche e sanitarie, tramite un approccio sistematico che analizza contemporaneamente e gli impianti delle reti idriche e aerauliche, la fragilità dei pazienti assistiti, la tipologia di prestazioni erogate e lo storico epidemiologico della struttura. Dal punto di vista temporale, la strategia prevede una revisione formale dell'analisi dei fattori di rischio, con cadenza periodica e, qualora si verificano modifiche strutturali o anomalie nei monitoraggi di routine, aggiornamenti straordinari immediati. Le misure di controllo sono definite in base alla criticità dei reparti, con la finalità del contenimento del microrganismo e	Il sistema di sorveglianza prevede una valutazione del rischio che viene effettuata attraverso l'analisi di molteplici variabili critiche, partendo dalle specificità strutturali degli impianti e dalle caratteristiche ambientali, considerando anche il profilo clinico della popolazione assistita. La valutazione tiene conto delle prestazioni sanitarie erogate, con particolare attenzione a quelle pratiche che possono aumentare il rischio di esposizione e lo storico epidemiologico dell'Istituto. Il modello operativo adottato si basa su una stretta collaborazione multidisciplinare che vede coinvolti: • Direzione Medica, • Servizio Patrimonio e Tecnico, • Servizio Prevenzione e Protezione, • Gruppo di lavoro Legionella, assicurando così una visione d'insieme sia tecnica che clinica. La validità di questo percorso è garantita da una revisione formale con cadenza periodica, sebbene l'aggiornamento diventi immediato in presenza di cambiamenti strutturali degli impianti, variazioni nella tipologia di pazienti o qualora il monitoraggio costante evidenzia	In un'ottica di potenziamento del sistema, le misure di miglioramento mirano a perfezionare ulteriormente l'integrazione tra il monitoraggio ambientale e la sorveglianza clinica, affinando i protocolli di intervento tempestivo in caso di superamento dei valori soglia. L'obiettivo è quello di rendere la manutenzione preventiva sempre più predittiva, riducendo le finestre di vulnerabilità attraverso una formazione continua del personale tecnico e sanitario e un aggiornamento tecnologico costante degli impianti. Questo approccio dinamico permette di adattare le misure di contrasto all'evoluzione delle evidenze scientifiche e alle specifiche esigenze dei pazienti più fragili, garantendo un ambiente ospedaliero sempre più sicuro e controllato.

attuando una sorveglianza semestrale nelle varie Unità Operative.	una presenza anomala e reiterata del batterio. Tutta la documentazione analitica e i dettagli operativi sono formalizzati nel Documento di Valutazione dei Rischi specifico, DVR Legionella Rev. 1 del 05/08/2024, che costituisce il riferimento tecnico per ogni intervento di gestione e miglioramento.	
---	--	--

d. Risultato sintetico degli esiti di monitoraggio operativo di verifica sull'efficacia delle misure di controllo in atto

ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	STATO DI ATTUAZIONE/MIGLIORAMENTO
Nel corso del 2025 le attività di monitoraggio operativo presso le UU. OO. della struttura sono state portate avanti in piena conformità con le Linee Guida nazionali e i protocolli di sicurezza interni, garantendo un controllo costante sull'integrità del sistema idrico. L'attuazione del piano si è articolata attraverso una serie di interventi coordinati che hanno incluso rilevazioni in situ per monitorare parametri critici quali la temperatura, il pH e i livelli di disinfettante residuo, con particolare attenzione ai punti sentinella identificati. Parallelamente a questi controlli, sono stati effettuati campionamenti analitici periodici per la ricerca quantitativa	I monitoraggi vengono condotti con cadenza semestrale permettendo una vigilanza costante e un'analisi orientata al lungo periodo. Tale intervallo temporale risulta ideale per acquisire un volume di dati che permette di rendere irrilevanti eventuali fluttuazioni occasionali, in modo tale da avere una prospettiva nitida sull'andamento dei trend e sull'effettiva validità delle strategie messe in atto.	Il sistema di gestione del rischio si è dimostrato sostanzialmente capace di mantenere la contaminazione sotto le soglie d'azione previste, garantendo la tutela della salute degli utenti. Per elevare ulteriormente lo standard di sicurezza e ottimizzare il contenimento del rischio, si è provveduto all'installazione di filtri assoluti presso i terminali idrici dei Reparti di degenza, ordinaria e diurna, delle Unità Operative di Oncologia ed Ematologia e di incrementare la frequenza di flussaggio per i rami morti identificati durante le ispezioni, così da eliminare i ristagni residui nelle porzioni periferiche della rete.

di <i>Legionella pneumophila</i> e ispezioni visive mirate a verificare lo stato di conservazione di serbatoi, rompighetto e torri di raffreddamento, assicurando così una sorveglianza a 360 gradi.		
---	--	--

e. Sintesi del piano di miglioramento eventualmente previsto e indicazione sintetica delle azioni correttive

ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	STATO DI ATTUAZIONE/MIGLIORAMENTO
Il piano di miglioramento e le azioni correttive previste dagli IFO per la gestione del rischio microbiologico e, nello specifico, della legionellosi, si basano sul "Piano Aziendale Monitoraggio Ambientale e Microbiologico" (PAMAM), P-I. 02 DM e sulla procedura "Controllo e Abbattimento del rischio Legionellosi" P.O. DMPO Rev 03.	Il sistema di sorveglianza e controllo si articola attraverso una classificazione delle aree basata sul livello di rischio infettivo, permettendo così l'attuazione di un monitoraggio microbiologico proattivo e costante. In presenza di casi accertati o sospetti di infezione, il protocollo aziendale prevede l'attivazione immediata di una procedura di emergenza coordinata dalla Direzione Medica e dal Gruppo di Lavoro specifico. Questa fase operativa include la notifica obbligatoria e l'avvio tempestivo di un'indagine epidemiologica volta a identificare con precisione la fonte del contagio. Parallelamente alla valutazione clinica dei pazienti, vengono eseguiti campionamenti ambientali straordinari e mirati nei punti critici dell'infrastruttura, quali i terminali idrici e i sistemi di climatizzazione, al fine di mappare l'estensione della contaminazione e definire l'ampiezza dell'intervento necessario	Il piano di miglioramento aziendale si configura come un processo in cui l'efficacia delle misure adottate viene costantemente verificata e migliorata. Qualora i rilievi ambientali confermino la presenza dell'agente patogeno, vengono attuati interventi di bonifica d'urgenza quali lo shock termico o l'iperclorazione degli impianti, accompagnati dalla sostituzione dei filtri e dalla sanificazione profonda delle superfici. Durante la gestione di tali criticità, l'area interessata è posta sotto un regime di sorveglianza rafforzata che può comportare restrizioni o variazioni organizzative delle attività assistenziali, prioritarie per la protezione dei pazienti fragili. Il superamento della fase critica e il ritorno alla normalità sono subordinati all'esito positivo dei test di verifica successivi, che devono certificare il ripristino totale delle condizioni di sicurezza microbiologica previste dalle normative vigenti, garantendo così il consolidamento degli standard qualitativi prefissati dal PAMAM e dalla procedura aziendale specifica per il controllo e l'abbattimento del rischio legionellosi.

f. Pianificazione delle azioni di supporto previste

ATTIVITÀ	DESCRIZIONE	STATO DI ATTUAZIONE/MIGLIORAMENTO
Le azioni di supporto si articolano principalmente nell'organizzazione di eventi formativi strutturati e in una costante attività di sensibilizzazione rivolta a tutti i soggetti che operano o frequentano l'ambiente ospedaliero. L'attività formativa principale consiste nell'erogazione di un evento specifico sul rischio Legionella, progettato per fornire le competenze tecniche e comportamentali necessarie alla prevenzione della contaminazione. Parallelamente, l'azienda promuove iniziative informative continue che si traducono nella produzione e diffusione di materiale divulgativo e nella predisposizione di comunicazioni mirate. Tali attività non sono limitate al solo personale sanitario o tecnico, ma estendono la loro portata anche agli utenti e ai visitatori, riconoscendo che la sicurezza ambientale è il risultato di una partecipazione collettiva e consapevole di chiunque interagisca con le infrastrutture idriche e aerauliche della struttura.	L'evento formativo sul rischio Legionella è concepito come un percorso di approfondimento che affronta le caratteristiche del microrganismo e della patologia, le modalità di trasmissione e le procedure operative aziendali di controllo previste. Il personale viene addestrato sulle buone pratiche quotidiane, come il flussaggio dei terminali poco utilizzati e la corretta manutenzione dei dispositivi per la terapia respiratoria. La sensibilizzazione viene invece veicolata attraverso iniziative informative che utilizzano canali diversificati, come la rete intranet aziendale per il personale e la cartellonistica dedicata nelle aree comuni per gli utenti. Queste iniziative chiariscono i comportamenti da adottare, come evitare ristagni d'acqua o segnalare tempestivamente anomalie negli impianti. L'obiettivo è trasformare le direttive tecniche in abitudini operative consolidate, riducendo l'errore umano e aumentando la capacità di sorveglianza diffusa all'interno degli Istituti.	Lo stato di attuazione delle azioni di supporto evidenzia un impegno costante nel mantenere elevati i livelli di competenza attraverso eventi di formazione inseriti nel Piano Formativo Aziendale. Il piano di miglioramento prevede un monitoraggio dell'efficacia formativa tramite test di apprendimento e la valutazione dell'aderenza alle procedure sul campo tramite hospital meeting. Per quanto riguarda le iniziative informative, l'azienda punta a un potenziamento della comunicazione digitale e alla personalizzazione dei messaggi in base alle specifiche aree di rischio ospedaliero. Il miglioramento continuo è garantito dal feedback ricevuto dal personale che permette di ricalibrare i contenuti dei corsi e le strategie di sensibilizzazione, assicurando che le azioni di supporto rimangano uno strumento dinamico e reattivo rispetto alle reali necessità di contenimento del rischio microbiologico.