

**REGIONE LAZIO  
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5****DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 0000450 del 26/02/2026****STRUTTURA PROPONENTE:**

UOC QUALITA E RISCHIO CLINICO

**OGGETTO:**

ADOZIONE: "PIANO ANNUALE DI GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) ANNO 2026"

Proposta di delibera n. 0000532 del 25/02/2026

Il Responsabile del Procedimento:

MIRKO BONANNI - Approvato in Data: 25/02/2026

Il Direttore Struttura Proponente (o suo sostituto):

ROBERTO CORSI - Approvato in Data: 25/02/2026

Il Direttore della Struttura Proponente (o suo sostituto) attesta che il presente atto non presenta rilevanza contabile e pertanto non viene richiesta la sottoscrizione del Direttore della UOC Bilancio e Contabilita' (o suo sostituto) addetto al controllo del budget

ROBERTO CORSI - Approvato in Data: 25/02/2026

Il Direttore Amministrativo (o suo sostituto):

Parere Favorevole

GIOVANNI FARINELLA - Approvato in Data: 26/02/2026

Il Direttore Sanitario (o suo sostituto):

Parere Favorevole

FRANCO CORTELLESSA - Approvato in Data: 26/02/2026

Il Direttore Generale (o suo sostituto):

SILVIA CAVALLI - Firmato digitalmente in data 26/02/2026

Il Direttore della UOC Qualità e Rischio Clinico relaziona al Sig. Direttore Generale quanto segue e sottopone il seguente schema di deliberazione:

Ai sensi e per gli effetti della Deliberazione n. 628 del 09.04.2025, con la quale è stato adottato l'Atto Aziendale pubblicato sul B.U.R.L. n. 38 del 13.05.2025;

PREMESSO che nella Regione Lazio l'attenzione nei confronti della qualità e la sicurezza delle cure e della persona assistita ha trovato espressione nella definizione dei contenuti del piano annuale di Risk Management (PARM) e del Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) due documenti che, oltre a rappresentare espressione del commitment regionale, consentono alle strutture di rendere pubblica la propria policy su questi temi;

PRESO ATTO della Determinazione n. G00643 del 25.01.2022 "Adozione del Documento di indirizzo per l'elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)" con cui la Regione Lazio, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, anche alla luce dell'approvazione della Legge n. 24/2017 e dell'esperienza maturata nel corso della pandemia da SARS-CoV-2, ha ritenuto opportuno rivedere il contenuto del PARM e del PAICA, unificando i due documenti in un unico Piano Annuale del Rischio Sanitario (PARS) con l'obiettivo di:

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i cogenti requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028) ispirato alle linee di indirizzo del Piano Nazionale per il Contrasto all'Antimicrobico Resistenza (PNCAR 2022-2025);
- allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani;
- semplificare gli adempimenti documentali per le Strutture del Servizio Sanitario Regionale (SSR) a minor complessità organizzativa e assistenziale, supportandole nella cruciale fase del Risk Assessment;

PRESO ATTO ALTRESÌ che con Deliberazione aziendale n. 314 del 27.02.2025 è stato adottato il "Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario (PARS) anno 2025", e gli allegati:

- "Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani 2025 (PALIM)";
- "Procedura aziendale per la prevenzione e la gestione del rischio da Legionella nelle strutture della Asl Roma 5" (Deliberazione aziendale n. 69 del 24.01.2025);

VISTA la Nota Regione Lazio Prot. n. U0037825 del 15.01.2026 avente ad oggetto "Piano Annuale di gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS)", che tra l'altro riporta:

"...le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuzie e post acuzie dovranno predisporre attività riguardanti i seguenti ambiti:

- monitoraggio, prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica (compresa la profilassi antibiotica peri-operatoria);
- gestione della terapia antibiotica empirica;
- gestione della SEPSI;
- misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance);
- monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE disaggregato almeno per area assistenziale (medica, chirurgica e critica)...";

RITENUTO NECESSARIO, ai sensi della sopra citata Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25.01.2022, adottare il documento “Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario – anno 2026 (PARS)”, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, comprensivo di:

- “*Piano di Azione Locale sull’Igiene delle Mani anno 2026 (PALIM 2026) Asl Roma 5*”;
- “*Programma di controllo della Legionellosi*”, elaborato secondo quanto previsto dalle *Linee di indirizzo regionale per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* e dal *Piano di sicurezza dell’acqua*;
- “*Scheda anagrafica della Struttura*”.

### **PROPONE**

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono qui riportate:

1. di approvare, ai sensi della Determinazione n. G00643 del 25.01.2022 “Adozione del Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)” la seguente documentazione dal Titolo “Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario – anno 2026 (PARS)”, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso, comprensivo di:
  - “*Piano di Azione Locale sull’Igiene delle Mani anno 2026 (PALIM 2026) Asl Roma 5*”;
  - “*Programma di controllo della Legionellosi*”, elaborato secondo quanto previsto dalle *Linee di indirizzo regionale per la prevenzione, sorveglianza ed il controllo della legionellosi* e dal *Piano di sicurezza dell’acqua*;
  - “*Scheda anagrafica della Struttura*”;
2. di dare mandato al Direttore della UOC Qualità e Rischio Clinico di:
  - pubblicare il presente atto, e tutti i documenti richiamati, nelle apposite sezioni del sito aziendale;
  - trasmettere il documento di cui al presente provvedimento, in formato pdf nativo al CRRC – Regione Lazio;
  - provvedere alla massima diffusione degli atti sopra citati;
3. che la presente deliberazione espliciti i suoi effetti a partire dal giorno successivo alla data di approvazione;
4. di annullare qualsiasi altro atto precedente in contrasto con quanto previsto dalla presente deliberazione;
5. di disporre che il presente atto venga pubblicato nell’albo pretorio on line aziendale ai sensi dell’art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009 n. 69.

Attesta, altresì, che la presente proposta, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è legittima e pienamente conforme alla normativa che disciplina la fattispecie trattata.

**Il Direttore UOC Qualità e Rischio Clinico  
(Dott. Roberto Corsi)**

## **IL DIRETTORE GENERALE**

Con i poteri di cui al Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00004 del 10/01/2025.

**Vista** la superiore proposta di deliberazione, formulata dalla Dott. Roberto Corsi, Direttore UOC Qualità e Rischio Clinico che, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, ne ha attestato la legittimità e la piena conformità alla normativa che disciplina la fattispecie trattata

**Visto il parere favorevole del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo,**

### **DELIBERA**

di approvare la superiore proposta, che qui si intende integralmente riportata e trascritta, per come sopra formulata e sottoscritta dalla Dott. Roberto Corsi, Direttore UOC Qualità e Rischio Clinico.

di disporre che il presente atto **venga pubblicato** nell'Albo Pretorio on-line aziendale ai sensi dell'Art. 32 comma 1 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009;

**Il Direttore Amministrativo**  
**Dott. Giovanni Farinella**

**Il Direttore Sanitario Aziendale**  
**Dott. Franco Cortellessa**

**Il Direttore Generale**  
**Dott.ssa Silvia Cavalli**



**REGIONE LAZIO  
AZIENDA SANITARIA LOCALE ROMA 5**

**Elenco hash dei documenti allegati all'atto (pubblicati e non pubblicati)**

1) (hash:4ca77038e3e2bc423b2f02a5f7e7d12bcc1f217a27c26b7f975f6d72cdf17616)

**UOC QUALITÀ E RISCHIO CLINICO**

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

**ASL ROMA 5**

## **SOMMARIO**

|                                                                            |         |
|----------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. Contesto Organizzativo                                                  | pag. 2  |
| 1.1 Introduzione al PARS 2026                                              | pag. 5  |
| 1.2 Gestione del Rischio infettivo                                         | pag. 6  |
| 2. Relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati    | pag. 8  |
| 3. Descrizione della posizione assicurativa                                | pag. 9  |
| 4. Resoconto delle attività del Piano Precedente                           | pag. 10 |
| 4.1 Resoconto della sezione “Gestione del Rischio” del PARS 2025           | pag. 10 |
| 4.2 Resoconto della sezione “Gestione del Rischio Infettivo” del PARS 2025 | pag. 11 |
| 5. Matrice delle Responsabilità                                            | pag. 13 |
| 6. Obiettivi ed attività per la gestione del Rischio                       | pag. 13 |
| 6.1 Obiettivi 2026 per la gestione del Rischio (ex PARM)                   | pag. 14 |
| 6.2 Attività 2026 per la gestione del Rischio                              | pag. 14 |
| 7. Obiettivi e attività per la gestione del Rischio Infettivo              | pag. 17 |
| 7.1 Obiettivi 2026 per la gestione del R.I. (Ex PAICA)                     | pag. 17 |
| 7.2 Attività 2026 per la gestione del R.I.                                 | pag. 17 |
| 8. Modalità di Diffusione del Documento                                    | pag. 21 |
| 9. Bibliografia e Sitografia                                               | pag. 21 |
| 10. Riferimenti Normativi                                                  | pag. 22 |
| 11. Allegati                                                               | pag. 23 |

## 1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5 è un ente, senza fini di lucro, parte integrante del sistema sanitario della Regione Lazio, avente la finalità di assicurare nel territorio di competenza la tutela della salute della popolazione in conformità alle normative Nazionali e Regionali.

Il territorio della ASL Roma 5 (di seguito Azienda), comprende 70 Comuni divisi in sei Distretti Sanitari:

- G1: Monterotondo
- G2: Guidonia
- G3: Tivoli
- G4: Subiaco
- G5: Palestrina
- G6: Colleferro

per una estensione di 1.813,7 Km<sup>2</sup>. La popolazione residente nel territorio aziendale è di 492.690 persone (*fonte Lazio in numeri – statistica Lazio 2022*).

La Sede Legale della Azienda è in Via Acquaregna 1/15 Tivoli.

Il sito internet aziendale è all'indirizzo web: <http://www.aslroma5.it>

La rete ospedaliera della Asl Roma 5 consta di 5 Presidi Ospedalieri a gestione diretta:

- P.O. "S. Giovanni Evangelista" di Tivoli
- P.O. "L. Parodi Delfino" di Colleferro
- P.O. "Coniugi Bernardini" di Palestrina
- P.O. "SS. Gonfalone" di Monterotondo
- P.O. "A. Angelucci" di Subiaco.

Sono in fase di accreditamento:

- n. 20 Case di Comunità (n. 8 Hub e n. 12 Spoke)
- n. 4 Ospedali di Comunità.

**Tabella 1 – ASL ROMA 5. Dati Aziendali Aggregati**  
(Fonte: UOC Flussi informativi – SIO\_SIAS\_SIES al 31/12/2025)

| DATI STRUTTURALI                                 |                                                                        |                                                                           |                                                            |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Estensione territoriale                          | 1.813,7 Km <sup>2</sup>                                                | Popolazione residente<br>(Fonte: Lazio in numeri – Statistica Lazio 2022) | 493.711                                                    |
| Distretti Sanitari                               | Monterotondo<br>Guidonia Tivoli<br>Subiaco<br>Palestrina<br>Colleferro | Presidi Ospedalieri Pubblici                                              | Monterotondo<br>Tivoli Subiaco<br>Palestrina<br>Colleferro |
| Posti letto ordinari                             | 445                                                                    | Area Medica                                                               | 224                                                        |
|                                                  |                                                                        | Area Chirurgica                                                           | 141                                                        |
|                                                  |                                                                        | SPDC                                                                      | 45                                                         |
|                                                  |                                                                        | UTIC                                                                      | 10                                                         |
|                                                  |                                                                        | Anestesia e Rianimazione                                                  | 23                                                         |
| Posti letto diurni                               | 73                                                                     | Servizi Trasfusionali                                                     | 1                                                          |
| Numero Blocchi Operatori                         | 5                                                                      | Numero Sale Operatorie                                                    | 19                                                         |
| Numero Terapie Intensive                         | 3                                                                      | Numero UTIC                                                               | 2                                                          |
| DATI DI ATTIVITÀ                                 |                                                                        |                                                                           |                                                            |
| Numero ricoveri ordinari <sup>1</sup>            | 16395                                                                  | Numero ricoveri diurni <sup>1</sup>                                       | 4214                                                       |
| Numero accessi PS <sup>1</sup>                   | 124471                                                                 | Numero neonati                                                            | 423                                                        |
| Branche specialistiche<br>(nelle UO ospedaliere) | 25<br>(escluso Lab. Analisi)                                           | Prestazioni ambulatoriali erogate da presidi pubblici                     | 1.294.193 <sup>A</sup>                                     |

*A Prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture pubbliche e private convenzionate, agenti sul territorio della ASL Roma 5 escluse le prestazioni di laboratorio analisi.*

**Tabella 2 – ASL ROMA 5. Dati per singolo Presidio Ospedaliero**

(Fonte: UOC Flussi informativi – SIO\_SIAS\_SIES al 31/12/2025)

| <b>P.O. “L. Parodi Delfino” COLLEFERRO</b>  |                                 |                                                  |      |
|---------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|------|
| Posti letto ordinari                        | 116                             | Area Medica                                      | 47   |
|                                             |                                 | Area Chirurgica                                  | 42   |
|                                             |                                 | SPDC                                             | 16   |
|                                             |                                 | UTIC                                             | 4    |
|                                             |                                 | Anestesia e Rianimazione e Terapia sub intensiva | 4 +3 |
| Posti letto diurni                          | 20                              | Servizi Trasfusionali                            | NO   |
| Numero Blocchi Operatori                    | 1                               | Numero Sale Operatorie                           | 4    |
| Numero ricoveri ordinari                    | 4128                            | Numero ricoveri diurni                           | 1032 |
| Numero accessi PS                           | 29760                           | Numero neonati                                   | 0    |
|                                             |                                 |                                                  |      |
| <b>P.O. “SS. Gonfalone” MONTEROTONDO</b>    |                                 |                                                  |      |
| Posti letto ordinari                        | 44(comprende p.l. lungodegenza) | Area Medica                                      | 20   |
|                                             |                                 | Area Chirurgica                                  | 10   |
|                                             |                                 | SPDC                                             | 14   |
| Posti letto diurni                          | 6                               | Servizi Trasfusionali                            | NO   |
| Numero Blocchi Operatori                    | 1                               | Numero Sale Operatorie                           | 3    |
| Numero ricoveri ordinari                    | 1542                            | Numero ricoveri diurni                           | 636  |
| Numero accessi PS                           | 18339                           | Numero neonati                                   | 0    |
|                                             |                                 |                                                  |      |
| <b>P.O. “Coniugi Bernardini” PALESTRINA</b> |                                 |                                                  |      |
| Posti letto ordinari                        | 71                              | Area Medica                                      | 44   |
|                                             |                                 | Area Chirurgica                                  | 21   |
|                                             |                                 | Terapia Sub intensiva                            | 6    |
| Posti letto diurni                          | 27                              | Servizi Trasfusionali                            | NO   |
| Numero Blocchi Operatori                    | 1                               | Numero Sale Operatorie                           | 3    |
| Numero ricoveri ordinari                    | 2886                            | Numero ricoveri diurni                           | 992  |
| Numero accessi PS                           | 27799                           | Numero neonati                                   | 0    |
|                                             |                                 |                                                  |      |

| <b>P.O. “S. Giovanni Evangelista” TIVOLI</b> |                                  |                                        |       |
|----------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|-------|
| Posti letto ordinari                         | 180                              | Area Medica                            | 89    |
|                                              |                                  | Area Chirurgica                        | 58    |
|                                              |                                  | SPDC                                   | 15    |
|                                              |                                  | UTIC                                   | 6     |
|                                              |                                  | Anestesia, Rianimazione e Subintensiva | 6 + 4 |
| Posti letto diurni                           | 17                               | Servizi Trasfusionali                  | 1     |
| Numero Blocchi Operatori                     | 1                                | Numero Sale Operatorie                 | 6     |
| Numero ricoveri ordinari                     | 6692                             | Numero ricoveri diurni                 | 1309  |
| Numero accessi PS                            | 39546                            | Numero neonati                         | 423   |
|                                              |                                  |                                        |       |
| <b>P.O. “A. Angelucci” SUBIACO</b>           |                                  |                                        |       |
| Posti letto ordinari                         | 34 (comprende p.l. lungodegenza) | Area Medica                            | 24    |
|                                              |                                  | Area Chirurgica                        | 10    |
| Posti letto diurni                           | 3                                | Servizi Trasfusionali                  | NO    |
| Numero Blocchi Operatori                     | 1                                | Numero Sale Operatorie                 | 2     |
| Numero ricoveri ordinari                     | 1097                             | Numero ricoveri diurni                 | 245   |
| Numero accessi PS                            | 9027                             | Numero neonati                         | 0     |

## 1.1 Introduzione al PARS 2026

La stesura del presente PARS segue le indicazioni presenti nella Nota Regionale U0037825 del 15.01.2026 e nella Determinazione della Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Adozione del Documento di indirizzo per l’elaborazione del Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS)” e pertanto coniuga i documenti denominati in precedenza PARM (Piano Annuale di Risk Management) e PAICA (Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza).

Inoltre, come da contenuti della nota regionale U0037825 del 15.01.2026, implementa i contenuti delle determinazioni regionali G02044 del 26/02/2021 e G16501 del 28/11/2022, ed essendo redatto in una fase in cui l’azienda sta adempiendo all’attivazione di Case della Comunità e Ospedali di Comunità, gli obiettivi sono applicabili anche al contesto territoriale.

Lo scopo di questo nuovo documento unico denominato PARS, come specificato dalla Regione Lazio, è:

- favorire una visione unitaria del rischio sanitario;
- sottolineare la corrispondenza dei temi inerenti la qualità e la sicurezza delle cure con i requisiti di autorizzazione e accreditamento;
- armonizzare la gestione del rischio infettivo con gli obiettivi e le attività del Piano Regionale della Prevenzione (PRP), del Piano Attuativo Regionale per il contrasto dell’Antibiotico Resistenza (PARCA) ispirato al Piano Nazionale per il Contrasto all’Antimicrobico Resistenza (PNCAR);

- allineare le attività con gli adempimenti previsti dal Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani.

L'Azienda ASL Roma 5, con la UOC Qualità e Rischio Clinico, la Rete Aziendale dei Facilitatori di Risk Management e attraverso le politiche di Risk Management e i relativi piani annuali di sviluppo, è orientata a migliorare la sicurezza della pratica clinico-assistenziale e clinico-gestionale a tutela dell'interesse del paziente/utente.

L'attuale PARS si inserisce nel percorso che prosegue e rafforza le azioni messe in atto nei PARS precedenti per il miglioramento della qualità e la sicurezza delle cure partendo dalla necessità di considerare l'errore come una opportunità di apprendimento.

Il PARS si inserisce in una più ampia azione sistemica basata sulla valutazione dei principali processi, analisi del rischio, di promozione e implementazione di linee guida, procedure e istruzioni operative, di finalità informativa e formativa.

In quest'ottica, il ruolo di promozione attiva del Team di Risk Management assume, quindi sempre più, una funzione in staff alla Direzione Strategica Aziendale. Le attività che si realizzano attraverso il PARS fanno parte delle iniziative aziendali in materia di Rischio Clinico e concorrono anche al perseguimento degli obiettivi di appropriatezza. La strategia definita attraverso il Piano si rifà alla necessità di passare da un sistema che subisce gli eventi sfavorevoli a un sistema che, invece, gestisce i rischi, ovvero la promozione del passaggio da un sistema reattivo a un sistema prevalentemente pro-attivo e preventivo.

In relazione alla necessità di diffondere la cultura della sicurezza delle cure è in corso un processo di sensibilizzazione dei professionisti sanitari con l'obiettivo di promuovere un contesto nel quale i comportamenti professionali siano ispirati al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Il Team di Risk Management si integra con tutte le articolazioni organizzative aziendali per il perseguimento degli obiettivi di gestione del rischio sanitario.

## 1.2 Gestione del Rischio Infettivo

L'Azienda Sanitaria Locale Roma 5, con Deliberazione del Direttore Generale n. 502 del 21 aprile 2006, ha istituito il Comitato delle Infezioni Ospedaliere (C.I.O.) con individuazione dei componenti; con delibere n.518 del 09/05/2007; n. 870 del 04/10/2011; n. 499 del 08/07/2014; n. 251 del 29/04/2016; n. 394 del 22/05/2018 e n. 990 del 26/11/2018; n. 484 del 14/06/2024 ha modificato la composizione originaria.

Con Delibera n. 72 del 06/02/2017 è stato deliberato il regolamento per il funzionamento del CC-ICA ad oggi vigente.

In ultimo con deliberazione n. 1230 del 07/07/2025 è stata definita la nuova composizione del CC-ICA.

Il suddetto Comitato ha le seguenti funzioni:

- elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (I.C.A.);
- promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale;
- promuovere la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle infezioni correlate all'assistenza, sulla distribuzione delle antibiotico-resistenze e dei microrganismi multi-farmaco-resistenti;
- segnalare la comparsa di cluster epidemici ed eventi sentinella associati alle pratiche assistenziali;

- validare e diffondere linee guida sull'utilizzo appropriato degli antibiotici, dei presidi e dei dispositivi medici e sulle procedure di disinfezione e sterilizzazione;
- avviare programmi di sorveglianza e controllo nelle aree di cura ad elevato rischio di infezioni correlate all'assistenza;
- avviare programmi di prevenzione, monitoraggio ed incidenza delle infezioni del sito chirurgico;
- validare e diffondere protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel processo di cure per monitorare l'applicazione delle linee guida e di protocolli mirati per il controllo delle ICA;
- definire nell'ambito di specifiche tematiche, la formazione di gruppi operativi locali, le cui iniziative si coordinano con l'attività del CC-ICA.

Gli effetti attesi dall'istituzione di un rigoroso programma di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA sono:

- il monitoraggio costante delle AMR;
- un utilizzo appropriato degli antibiotici;
- la riduzione della durata di degenza;
- la riduzione della prevalenza e dell'incidenza delle ICA.

Presso la ASL Roma 5 è stato adottato un "Piano aziendale di contrasto all'Antibiotico resistenza" (Delibera aziendale 1633 del 27/12/2024), in fase di revisione tenuto conto del PARCA 2026-2028 di cui alla delibera regionale n. G17673 del 23/12/2025.

Risultano inoltre istituiti i seguenti gruppi operativi:

- "Gruppo multidisciplinare relativo alle ICA e alla gestione delle complicanze chirurgiche infettive all'interno del CC-ICA (nota prot. n. 40263 del 30/09/2024);
- "Gruppo di Coordinamento per le attività di Contrasto all'antimicrobico resistenza. Piano Aziendale di Prevenzione" (nota prot. n. 45369 del 25/10/2024);
- "Team dedicato all'Antimicrobial Stewardschip" (nota prot. n. 46579 del 25/11/2025);
- "Gruppo multiprofessionale per lo studio di "Sorveglianza attiva Prospettica delle Infezioni Correlate all'Assistenza nelle Unità di Terapia Intensiva, SPIN-UTI, anno 2024" (nota prot. n. 46117 del 30/10/2024);
- "Sottogruppo operativo all'interno del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) - Delibera aziendale n. 1230 del 07/07/2025, relativa al "Recepimento della DGR n. 460 del 28/06/2024 Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi.

Risultano, inoltre, le seguenti attività:

- monitoraggio epidemiologico dei germi Alert nei presidi ospedalieri a gestione diretta;
- sorveglianza attiva per la ricerca di Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) da tampone rettale, con particolare riferimento ai pazienti gestiti nelle terapie intensive;
- monitoraggio del consumo degli antibiotici;
- monitoraggio sul consumo del gel idroalcolico;
- elaborazione dei report sulla sorveglianza delle infezioni;
- campagne di comunicazione per la promozione dell'uso appropriato degli antibiotici;
- realizzazione di corsi di formazione sulla sorveglianza, prevenzione e gestione delle ICA.

## 2. Relazione consuntiva sugli effetti avversi e sui risarcimenti erogati

La Legge 8 Marzo 2017, n. 24 (Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie), facendo anche riferimento a precedenti disposizioni normative, indirizza le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie a redigere annualmente una relazione consuntiva che concerne tutte le attività, gli strumenti e le analisi per il monitoraggio degli eventi avversi.

In questo senso l'attività del Rischio clinico oltre a fare ricorso allo strumento di Incident reporting, si basa sull'effettuazione di audit reattivi e proattivi con l'obiettivo di implementare misure di miglioramento della sicurezza delle cure e più in generale della qualità dell'assistenza.

La redazione di nuove procedure e la revisione dei quelle già presenti, con il pieno coinvolgimento dei professionisti interessati, ha l'obiettivo di contenere la variabilità dei comportamenti professionali che possono contribuire al verificarsi di un evento indesiderato.

Nel 2026 si è provveduto a revisionare la "Procedura aziendale di Incident reporting" (Delibera aziendale n. 328 del 13/02/2026).

Durante l'anno 2025 sono stati comunicati in totale n. 179 episodi, come illustrato nella tabella 3.

**Tabella 3 – Eventi segnalati nel 2025 (ai sensi dell'art. 2, c. 5 della L. 24/2017)**

| Tipo di evento                         | N. (% sul totale degli eventi) | % di cadute all'interno della categoria di evento | Principali fattori causali/contribuenti <sup>(B)</sup>                | Azioni di miglioramento                                               | Fonte del dato                          |
|----------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Near Miss<sup>(A)</sup></b>         | 15<br>(8,3%)                   | 20%<br>(n. 3)                                     | Procedure/Comunicazione                                               | Procedure/Comunicazione                                               | Sistemi di reporting<br>98%             |
| <b>Eventi Avversi<sup>(A)</sup></b>    | 164<br>(91,7%)                 | 71.3%<br>(n.117)                                  | (40%)<br>Strutturali (20%)<br>Tecnologici (9%)<br>Organizzativi (31%) | (40%)<br>Strutturali (20%)<br>Tecnologici (9%)<br>Organizzativi (31%) | Emovigilanza<br>1%<br>Farmacovig.<br>1% |
| <b>Eventi Sentinella<sup>(A)</sup></b> | 0<br>(0%)                      | 0 %<br>(n.0)                                      |                                                                       |                                                                       |                                         |

(A) : riportare le definizioni secondo il glossario del Ministero della Salute o come nota alla tabella o all'interno della narrativa.

(B) : I fattori causali/contribuenti fanno ovviamente riferimento esclusivamente agli eventi sottoposti ad analisi. Per la definizione degli eventi meritevoli di analisi si rimanda al documento "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" adottato con Determinazione n. G12355 del 25 ottobre 2016 e disponibile sul *cloud* regionale.

**Tabella 4 – Sinistrosità e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio (ai sensi dell'art. 4, c. 3 della L. 24/2017)**  
(Fonte: UOC Affari Generali e Legali – periodo di riferimento anni 2019-2025)

| Anno          | N. Sinistri aperti <sup>(A)</sup> | N. Sinistri liquidati <sup>(A)</sup> | Risarcimenti erogati <sup>(A)</sup> |
|---------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 2019          | 67                                | 33                                   | € 2.309.708,19                      |
| 2020          | 54                                | 19                                   | € 1.856.850,43                      |
| 2021          | 46                                | 21                                   | € 4.228.192,09                      |
| 2022          | 54                                | 30                                   | € 2.958.643,68                      |
| 2023          | 47                                | 39                                   | € 1.754.937,48                      |
| 2024          | 45                                | 25                                   | € 3.560.999,00                      |
| 2025          | 45                                | 27                                   | € 1.369.196,97                      |
| <b>Totale</b> | <b>358</b>                        | <b>194</b>                           | <b>€ 18.038.527,84</b>              |

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

### 3. Descrizione della posizione assicurativa

La posizione assicurativa della ASL Roma 5 dall'anno 2019 al 2025, si evince dalla presentazione sintetica dei dati sotto forma di tabella (Tabella 5)

**Tabella 5 – Descrizione della posizione assicurativa.**

|      | Polizza (scadenza)                   | Compagnia Ass.                            | Premio         | Franchigia   | Brokeraggio    |
|------|--------------------------------------|-------------------------------------------|----------------|--------------|----------------|
| 2019 | ITOMM1800003<br>(fino al 31.01.2020) | AMTRUST EUROPE<br>LIMITED                 | € 3.026.902,52 | € 175.000,00 | GBSAPRI S.p.A. |
| 2020 | RCH0001000006<br>(dal 31/01/2020)    | AMTRUST ASSICURA-<br>ZIONI SPA            | € 4.322.480,84 | € 125.000,00 | GBSAPRI S.p.A. |
| 2021 | RCH0001000006                        | AMTRUST ASSICURA-<br>ZIONI SPA            | € 4.322.480,84 | € 125.000,00 | MAG. JLT SPA.  |
| 2022 | RCH0001000006                        | AMTRUST ASSICURA-<br>ZIONI SPA            | € 4.322.480,84 | € 125.000,00 | MAG. JLT SPA.  |
| 2023 | RCH00010000082                       | AMTRUST INSUR- ANCE<br>AGENCY IT- ALY SRL | € 4.818.123,12 | € 125.000,00 | MAG JLT S.p.A. |
| 2024 | RCH00010000082                       | AMTRUST INSUR- ANCE<br>AGENCY IT- ALY SRL | € 4.818.123,12 | € 125.000,00 | MAG JLT S.p.A  |
| 2025 | RCH00010000082                       | AMTRUST INSUR- ANCE<br>AGENCY IT- ALY SRL | € 4.818.123,12 | € 125.000,00 | MAG JLT S.p.A  |

## 4. Resoconto delle attività del piano precedente

### 4.1 Resoconto della sezione “Gestione del Rischio” del PARS 2025

Le attività previste dal PARS 2025 della ASL RM 5 sono state realizzate nella misura rappresentata nella tabella seguente.

**Tabella 6 - Resoconto delle Attività del Piano Precedente sezione “Gestione del Rischio” (PARS 2025)**

| <b>OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure</b>                                    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Attività                                                                                                | Realizzata<br>(A) | Stato di attuazione                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Attività 1</b> – La gestione del rischio clinico alla luce della Legge 24/2017 (Legge Gelli-Bianco). | SI                | Sono state realizzate due edizioni del corso di formazione base sul Risk Management.                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Attività 2</b> – Formazione per la creazione di una rete di facilitatori qualità e rischio clinico.  | SI                | Sono state realizzate due edizioni del corso di formazione avanzato sul Risk Management. È stata istituita una Rete aziendali dei facilitatori per la promozione della Qualità e la gestione del Rischio Clinico (Nota Prot n. 30766 del 06.08.2025), che vede la partecipazione di 74 professionisti. |

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

| <b>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</b> |                   |                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Attività                                                                                                                                                                                                                                    | Realizzata<br>(A) | Stato di attuazione                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Attività 3</b> - Effettuazione di Safety Walk Round (SWR) presso le UU.OO. dell'Azienda allo scopo di identificare situazioni di rischio e vulnerabilità ed incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori.              | SI                | Sono stati eseguiti SWR presso i PPOO di Tivoli, Colleferro, Monterotondo e Subiaco. Non è stato possibile condurre presso il PO di Palestrina.                                                                      |
| <b>Attività 4</b> - Promozione della qualità della documentazione.                                                                                                                                                                          | SI                | È stata eseguita la verifica sulle cartelle cliniche del 50% delle UU.OO. di ricovero dei PPOO di Tivoli, Colleferro, Monterotondo e Subiaco. Non è stato possibile eseguire la verifica presso il PO di Palestrina. |
| <b>Attività 5</b> - Promozione della qualità documentale.                                                                                                                                                                                   | NO                | Non è stato possibile produrre una procedura per la gestione dei flussi informativi dei flussi informativi ospedalieri.                                                                                              |
| <b>Attività 6</b> – Promuovere la cultura dell'Auditing sui casi significativi.                                                                                                                                                             | SI                | Sono stati condotti 18 Audit di Rischio Clinico.                                                                                                                                                                     |

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

**OBIETTIVO C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture.**

| Attività                                                                                                                    | Realizzata <sup>(A)</sup> | Stato di attuazione                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Attività 7</b> - Revisione di Procedure Aziendali per l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute | SI                        | Sono state revisionate tre Procedure aziendali di Implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute. |
| <b>Attività 8</b> - Promozione della corretta gestione dei consensi informati                                               | SI                        | È stata elaborata e formalizzata la Procedura aziendale per la corretta acquisizione del consenso informato.        |

(A): Sulla base dello standard prefissato per l'indicatore relativo alla specifica attività.

**Obiettivo D) Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management, qualità e sicurezza delle cure.**

| Attività                                                                      | Realizzata <sup>(A)</sup> | Stato di attuazione                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Attività 9</b> - Partecipazione alle riunioni del tavolo tecnico regionale | SI                        | Partecipazione del Team Risk Management a tutti gli incontri convocati dal CRRC. |

**4.2 Resoconto della sezione “Gestione del Rischio Infettivo” del PARS 2025**

Le attività previste dal PARS 2025 relative al rischio infettivo sono state realizzate nella misura rappresentata nella tabella seguente.

**Tabella 7- Resoconto della sezione “Gestione del Rischio infettivo” del Piano precedente (PARS 2025)**

| <b>OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del Rischio infettivo</b>      |            |                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Attività                                                                                                                                   | Realizzata | Stato di attuazione                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Attività 1</b> - Attività di informazione, formazione e addestramento degli operatori mirate al controllo ed alla prevenzione delle ICA | SI         | È stato realizzato, in collaborazione con INMI L. Spallanzani, il Modulo C - PNRR M6 – C2 Sub investimento 2.2 (b) - Corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero, in modalità FAD. |
| <b>Attività 2</b> - Formazione su “Piano aziendale di contrasto antimicrobico resistenza Asl Roma 5” (delibera n. 1633 del 27/12/2024).    | SI         | Nel corso del 2025 è stata realizzata una edizione del corso di formazione inerente IPC.                                                                                                                                  |
| <b>Attività 3</b> - Formazione su “Piano aziendale di contrasto antimicrobico resistenza Asl Roma 5” (delibera n. 1633 del 27/12/2024)     | NO         |                                                                                                                                                                                                                           |

**OBIETTIVO B) Implementazione del Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani attraverso uno specifico piano di azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2022 gli obiettivi definiti nel piano di intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi**

| Attività                                                                                | Realizzata | Stato di attuazione                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Attività 4</b> - Formazione su Piano aziendale di contrasto antimicrobico resistenza | SI         | Nel corso del 2025 sono state realizzate due edizioni del corso di formazione inerente il piano di azione locale di igiene delle mani. |

**OBIETTIVO C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema di rischio infettivo, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e contenimento delle ICA incluse quelle da infezioni invasive da CRE**

| Attività                                                                                                                                                                                                                                                           | Realizzata | Stato di Attuazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Attività 5</b> - Elaborazione "Procedura aziendale per l'isolamento dei pazienti con patologie infettive".                                                                                                                                                      | SI         | È stata elaborata e formalizzata la Procedura aziendale per l'isolamento dei pazienti contaminati/infetti.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Attività 6</b> - Elaborazione ed attuazione di un Piano di ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP 2025 in coerenza con le indicazioni del PNCAR 2022, del PRP-PAP Asl Roma5 2021-2025 (PP10) e nota regionale U091714 del 22/01/2024                                         | SI         | È stato elaborato ed adottato il Piano pluriennale di Antimicrobial Stewardship.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Attività 7</b> - Sorveglianza attiva delle CRE. Piano aziendale prevenzione (Delibera 245 del 10/05/2024)                                                                                                                                                       | SI         | È stata elaborata e formalizzata la Procedura aziendale per la sorveglianza delle CRE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Attività 8</b> - Elaborazione di Procedura Aziendale per la gestione della Sepsì                                                                                                                                                                                | SI         | È stata elaborata e formalizzata la Procedura aziendale per la gestione della SEPSI.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Attività 9</b> - Monitoraggio sul livello di aderenza dei presidi ospedalieri alla "Procedura aziendale per la Prevenzione e la Gestione del Rischio da Legionella nelle Strutture della Asl Roma 5" (Delibera n. 69 del 24/01/2025)                            | SI         | Sono stati effettuati sopralluoghi nei 5 PP.OO. aziendali volti a monitorare il livello di implementazione delle attività previste dalla "Procedura aziendale per la Prevenzione e la Gestione del Rischio da Legionella nelle Strutture della Asl Roma 5".                                                                                                                                                          |
| <b>Attività 10</b> - Elaborazione Procedure/istruzioni operative previste dalla Determinazione Regione Lazio G16501 del 28/11/2022 sulle "Buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle ICA" con particolare riguardo alle infezioni del sito chirurgico. | SI         | Sono state elaborate le Procedure e istruzioni operative previste dalla Determinazione Regionale Lazio G16501 del 28/11/2022 sulle "Buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle ICA", incluse nel rapporto intermedio del "Progetto di Mappatura del Rischio Sanitario"; nello specifico è stata elaborata e formalizzata la procedura per la prevenzione e gestione delle Infezioni del sito chirurgico. |
| <b>Attività 11</b> - Studio sulla prevalenza puntuale sulle ICA nei cinque PPOO aziendali                                                                                                                                                                          | SI         | È stata condotta una sorveglianza delle ICA mediante indagine di prevalenza puntuale, all'interno delle UU.OO. di degenza dei 5 PP.OO. aziendali.                                                                                                                                                                                                                                                                    |

## 5. Matrice delle Responsabilità del PARS 2026

Nella Tabella Seguente viene riportata la matrice delle responsabilità, così come individuate dalle linee guida regionali. **(Determinazione n.643 del 25/01/2022).**

**Tabella 8 – Matrice delle Responsabilità**

| Azione                                                   | Direttore Sanitario /presidente CCICA | Risk Management | Responsabile UO. Affari Legali / Generali | Direttore Generale | Direttore Amministrativo | Strutture di supporto |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------------|
| <b>Redazione PARS</b><br>(eccetto: tabella 4; tabella 5) | C                                     | R               | C                                         | C                  | C                        | -                     |
| <b>Redazione Tabella 4 e Tabella 5</b>                   | C                                     | C               | R                                         | I                  | C                        | -                     |
| <b>Redazione Punto 7</b>                                 | R                                     | C               | I                                         | I                  | I                        | -                     |
| <b>Adozione PARS con deliberazione</b>                   | C                                     | I               | I                                         | R                  | C                        | -                     |
| <b>Monitoraggio PARS (eccetto punto 7)</b>               | C                                     | R               | C                                         | I                  | C                        | C                     |
| <b>Monitoraggio Punto 7</b>                              | R                                     | C               | I                                         | I                  | I                        | C                     |

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

(1) ove non coincida con il presidente CCICA

## 6. Obiettivi e Attività per la gestione del Rischio (PARS 2026)

Nel presente documento, in continuità con quanto definito nel PARS 2025, sono individuati obiettivi strategici di ordine generale da realizzarsi per mezzo di attività specifiche, la cui realizzazione è misurata da indicatori. Tali obiettivi mirano a creare e diffondere la "cultura della sicurezza" e la "cultura organizzativa" in un'ottica di condivisione degli stessi valori e dello stesso impegno. Pertanto viene percepita dall'Azienda la necessità di migliorare l'appropriatezza assistenziale e organizzativa, favorire la comunicazione e l'integrazione tra professionisti in un'ottica di sistema e promuovere interventi mirati al contenimento degli eventi avversi, con particolare riguardo ad interventi mirati al contenimento dei sinistri.

Dunque è necessario facilitare i processi di integrazione tra Risk Manager, Affari Generali e/o Legali e Medicina Legale ai fini della gestione della sinistrosità.

In ragione di quanto espresso dalle linee guida regionali ed in assoluta coerenza con la Mission aziendale sono identificati per l'anno 2026 i seguenti obiettivi strategici.

## 6.1 Obiettivi 2026 per la gestione del Rischio

I quattro obiettivi strategici definiti a livello regionale per il 2026 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.
- D) Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management,** Qualità e Sicurezza delle Cure.

Per quanto riguarda le attività, si terrà conto anche delle indicazioni specifiche poste dalla Regione Lazio e dal CRRC con Nota Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica Prot. N. U37825 del 15.01.2026 avente ad oggetto “Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS).

## 6.2 Attività 2026 per la Gestione del Rischio Clinico

Le attività previste per il 2026, sono elencate nella Tabella 9.

**Tabella 9- Attività programmate per l'anno 2026**

### Obiettivo A) Diffondere la Cultura della Sicurezza delle cure

| <b>ATTIVITÀ 1 – Attività di formazione e addestramento degli operatori sulle strategie di Risk Management nelle Aziende Sanitarie nell'era dell'Intelligenza Artificiale.</b>              |                                      |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|
| INDICATORE Esecuzione di almeno due edizioni del corso di formazione sulle strategie di Risk Management nelle Aziende Sanitarie nell'era dell'Intelligenza Artificiale entro il 31/12/2026 |                                      |                        |
| STANDARD 100%                                                                                                                                                                              |                                      |                        |
| FONTE UOC Qualità e rischio clinico - UOSD Formazione                                                                                                                                      |                                      |                        |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                                                                        |                                      |                        |
| <b>AZIONE</b>                                                                                                                                                                              | <b>UOC Qualità e Rischio Clinico</b> | <b>UOSD FORMAZIONE</b> |
| Progettazione del Corso                                                                                                                                                                    | R                                    | I                      |
| Accreditamento del corso                                                                                                                                                                   | C                                    | R                      |
| Esecuzione del Corso                                                                                                                                                                       | R                                    | I                      |

**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 2) Effettuazione di Safety Walk Round (SWR) presso le UU.OO. dei PP.OO. aziendali allo scopo di identificare situazioni di rischio e vulnerabilità per incrementare la cultura della sicurezza di tutti gli operatori e per monitorare la diffusione ed implementazione procedure/protocolli adottati a livello aziendale.**

INDICATORE esecuzione di almeno un SWR per ogni presidio ospedaliero

STANDARD 100%

FONTE UOC Qualità e Rischio clinico

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| AZIONE                                               | UOC Qualità e Rischio Clinico | DMPPPOO | UU.OO. Coinvolte |
|------------------------------------------------------|-------------------------------|---------|------------------|
| Organizzazione del SWR                               | R                             | C       | I                |
| Esecuzione del SWR                                   | R                             | C       | C                |
| Individuazioni azioni di miglioramento               | R                             | C       | C                |
| Implementazione azioni di miglioramento              | I                             | C       | R                |
| Monitoraggio implementazione azioni di miglioramento | I                             | R       | C                |

**ATTIVITÀ 3) Promozione della qualità della documentazione sanitaria**

INDICATORE verifica della qualità formale delle cartelle cliniche di ricovero ospedaliero

STANDARD esecuzione di un audit in almeno il 50% delle UU.OO. di ricovero ospedaliero.

FONTE UOC Qualità e rischio clinico - DMPPPOO

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| AZIONE                                     | UOC Qualità e Rischio Clinico | DMPPPOO | UU.OO. Coinvolte | UOC IT |
|--------------------------------------------|-------------------------------|---------|------------------|--------|
| Organizzazione degli Audit                 | R                             | C       | I                | C      |
| Individuazione campione cartelle           | C                             | R       | I                | I      |
| Individuazione Items qualità e completezza | R                             | C       | I                | I      |
| Verifiche qualità formale delle CC         | R                             | C       | I                | C      |
| Implementazione attività di miglioramento  | I                             | C       | R                | C      |
| Monitoraggio attività di miglioramento     | I                             | R       | C                | I      |

**ATTIVITÀ 4) Promuovere la cultura della Qualità e Sicurezza delle cure**

INDICATORE: Analisi di almeno 5 casi di eventi significativi mediante gli strumenti reattivi del Risk Management.

STANDARD: 100%

FONTE UOC Qualità e Rischio Clinico

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ**

| AZIONE                                  | UOC Qualità e Rischio Clinico | DMPO/DMDS | UU.OO. |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------|--------|
| Individuazione caso per Audit           | R                             | C         | C      |
| Organizzazione Audit                    | R                             | C         | I      |
| Conduzione Audit                        | R                             | I         | C      |
| Individuazione azioni di miglioramento  | R                             | C         | C      |
| Implementazione azioni di miglioramento | I                             | C         | R      |
| Monitoraggio risultati                  | I                             | R         | C      |

**Obiettivo C) Favorire una visione unitaria della sicurezza, che tenga conto non solo del paziente, ma anche degli operatori e delle strutture**

| ATTIVITÀ 5) Revisione di Procedure Aziendali per l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute        |                 |                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|-----|
| INDICATORE Revisione di almeno tre procedure aziendali di implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute |                 |                  |     |
| STANDARD 100%                                                                                                              |                 |                  |     |
| FONTE UOC Qualità e rischio clinico                                                                                        |                 |                  |     |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                                                                                               |                 |                  |     |
| AZIONE                                                                                                                     | RISK MANAGEMENT | UU.OO. Coinvolte | DSA |
| Revisione                                                                                                                  | R               | C                | I   |
| Validazione                                                                                                                | I               | I                | R   |
| Diffusione                                                                                                                 | R               | C                | I   |
|                                                                                                                            |                 |                  |     |

| ATTIVITÀ 6) Promozione della corretta gestione dei consensi informati specifici                                                                                       |                 |      |     |               |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|-----|---------------|----------------------|
| INDICATORE Implementazione della procedura aziendale sulla corretta gestione dei consensi informati per standardizzare i consensi specifici in almeno un Dipartimento |                 |      |     |               |                      |
| STANDARD SI                                                                                                                                                           |                 |      |     |               |                      |
| FONTE UOC Qualità e rischio clinico                                                                                                                                   |                 |      |     |               |                      |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                                                                                                                                          |                 |      |     |               |                      |
| AZIONE                                                                                                                                                                | RISK MANAGEMENT | DMPO | DSA | Affari Legali | UOSD Medicina Legale |
| Elaborazione documento                                                                                                                                                | R               | C    | C   | C             | C                    |
| Validazione                                                                                                                                                           | I               | I    | R   | I             | I                    |
| Diffusione                                                                                                                                                            | R               | C    | I   | I             | I                    |

**Obiettivo D) Partecipare alle attività regionali in tema di Risk Management, qualità e sicurezza delle cure.**

| ATTIVITÀ 7) Partecipazione alle riunioni del tavolo tecnico regionale |                 |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|
| INDICATORE n. partecipazione/n. convocazioni                          |                 |
| STANDARD 100%                                                         |                 |
| FONTE UOC Qualità e rischio clinico                                   |                 |
| MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ                                          |                 |
| AZIONE                                                                | RISK MANAGEMENT |
| Partecipazione tavoli tecnici                                         | R               |

## 7. Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo (PARS 2026)

### 7.1 Obiettivi 2026 per la Gestione del Rischio infettivo

I tre obiettivi strategici definiti a livello regionale e inseriti nel presente Piano aziendale sono:

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

Inoltre, sulla base della nota regionale prot. n. U0037825 del 15.01.2026, sono stati definiti quali prioritari i seguenti obiettivi per il 2026:

- monitoraggio prevenzione e controllo delle infezioni della ferita chirurgica;
- gestione della terapia antibiotica empirica;
- gestione della sepsi;
- misure di contrasto alla resistenza agli antimicrobici (AMR, Antimicrobial Resistance);
- monitoraggio del consumo di antibiotici secondo la classificazione AWARE disaggregato almeno per area assistenziale.

### 7.2 Attività 2026 per la GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

Al fine del raggiungimento degli obiettivi strategici stabiliti a livello regionale, la ASL Roma 5 ha programmato per il 2026 le seguenti attività (tabella 10).

**Tabella 10 – Attività programmate per l'anno 2026**

#### Obiettivo A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo.

##### ATTIVITÀ 1) Attività di formazione e addestramento degli operatori mirate alla prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA

INDICATORE – Realizzazione di un corso di formazione inerente la prevenzione, sorveglianza e controllo delle ICA

STANDARD- realizzazione di 2 edizioni

FONTE CC-ICA, UOC Qualità e Rischio Clinico, UOSD Formazione

##### MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

| AZIONE                   | UOC Qualità e Rischio Clinico | CCICA | UOSD FORMAZIONE |
|--------------------------|-------------------------------|-------|-----------------|
| Progettazione del Corso  | R                             | C     | C               |
| Accreditamento del corso | I                             |       | R               |
| Svolgimento del corso    | R                             | C     | R               |

| <b>ATTIVITÀ 2) Formazione su “Misure di prevenzione e contrasto del Rischio Legionellosi nelle strutture della Asl Roma 5”</b>          |                                      |              |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------|-----------------------|
| INDICATORE – realizzazione di un corso inerente la prevenzione e il controllo del Rischio Legionellosi nelle strutture della Asl Roma 5 |                                      |              |                       |
| STANDARD- realizzazione di almeno 1 edizione del corso                                                                                  |                                      |              |                       |
| FONTE CC-ICA, Risk Management, UOS Formazione                                                                                           |                                      |              |                       |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                     |                                      |              |                       |
| <b>AZIONE</b>                                                                                                                           | <b>UOC Qualità e Rischio Clinico</b> | <b>CCICA</b> | <b>UOS FORMAZIONE</b> |
| Progettazione del Corso                                                                                                                 | R                                    | C            | C                     |
| Svolgimento del corso                                                                                                                   | R                                    | C            | C                     |

**Obiettivo B) Implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani attraverso uno specifico piano di Azione locale che, sulla base dei contenuti del documento regionale e delle specificità locali, individui le attività per raggiungere entro il 31/12/2026 gli obiettivi definiti del Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi.**

| <b>ATTIVITÀ 3) Formazione sulle buone pratiche di prevenzione delle ICA</b>                    |                                      |              |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------|------------------------|
| INDICATORE – realizzazione di un corso inerente il piano di azione locale di igiene delle mani |                                      |              |                        |
| STANDARD – realizzazione di almeno 2 edizione                                                  |                                      |              |                        |
| FONTE CC-ICA, UOC Qualità e Rischio Clinico, UOSD Formazione                                   |                                      |              |                        |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'</b>                                                           |                                      |              |                        |
| <b>AZIONE</b>                                                                                  | <b>UOC Qualità e Rischio Clinico</b> | <b>CCICA</b> | <b>UOSD FORMAZIONE</b> |
| Progettazione del Corso                                                                        | R                                    | C            | C                      |
| Svolgimento del corso                                                                          | R                                    | C            | C                      |
| Accreditamento del corso                                                                       | I                                    | I            | R                      |

**Obiettivo C) Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa in tema si 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.**

| <b>ATTIVITÀ 4) Elaborazione “Procedura aziendale per il monitoraggio della Profilassi della Terapia Perioperatoria nell'Adulto (PAP)”</b> |               |                                      |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| INDICATORE Elaborazione di una procedura aziendale per il monitoraggio della PAP                                                          |               |                                      |                                 |
| STANDARD SI                                                                                                                               |               |                                      |                                 |
| FONTE UOC Qualità e rischio clinico                                                                                                       |               |                                      |                                 |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ'</b>                                                                                                      |               |                                      |                                 |
| <b>AZIONE</b>                                                                                                                             | <b>CC-ICA</b> | <b>UOC Qualità e Rischio Clinico</b> | <b>UOC Farmacia ospedaliera</b> |
| Elaborazione del documento                                                                                                                | R             | C                                    | C                               |
| Validazione                                                                                                                               | I             | I                                    | C                               |
| Diffusione                                                                                                                                | C             | R                                    | C                               |
| Monitoraggio implementazione documento                                                                                                    | C             | C                                    | R                               |

| <b>ATTIVITÀ 5) Monitoraggio della corretta gestione della Profilassi Antibiotica Perioperatoria (PAP)</b>                              |                                      |                |                         |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------|-------------------------|---------------|
| INDICATORE monitoraggio della gestione della PAP mediante verifica nelle cartelle cliniche di ricovero ospedaliero in area chirurgica. |                                      |                |                         |               |
| STANDARD esecuzione di un audit in almeno 1 U.O. dell'area chirurgica nei 5 PPOO aziendali.                                            |                                      |                |                         |               |
| FONTE UOC Qualità e rischio clinico - DMPPPOO                                                                                          |                                      |                |                         |               |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                    |                                      |                |                         |               |
| <b>AZIONE</b>                                                                                                                          | <b>UOC Qualità e Rischio Clinico</b> | <b>DMPPPOO</b> | <b>UU.OO. Coinvolte</b> | <b>UOC IT</b> |
| Organizzazione degli Audit                                                                                                             | R                                    | C              | I                       | C             |
| Individuazione campione cartelle                                                                                                       | C                                    | R              | I                       | I             |
| Individuazione Items                                                                                                                   | R                                    | C              | I                       | I             |
| Verifiche sulle CC                                                                                                                     | R                                    | C              | I                       | C             |
| Implementazione attività di miglioramento                                                                                              | I                                    | C              | R                       | C             |
| Monitoraggio attività di miglioramento                                                                                                 | I                                    | R              | C                       | I             |

| <b>ATTIVITÀ 6) Monitoraggio della corretta gestione della SEPSI</b>                                                                                                                             |                                      |                |                         |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------|-------------------------|---------------|
| INDICATORE monitoraggio della gestione della SEPSI, secondo quanto riportato nella Delibera aziendale n. 1060 del 16.06.2025 mediante verifica nelle cartelle cliniche di ricovero ospedaliero. |                                      |                |                         |               |
| STANDARD esecuzione di audit per la verifica di almeno 5 cc con codifica di SEPSI.                                                                                                              |                                      |                |                         |               |
| FONTE UOC Qualità e rischio clinico - DMPPPOO                                                                                                                                                   |                                      |                |                         |               |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                                                                             |                                      |                |                         |               |
| <b>AZIONE</b>                                                                                                                                                                                   | <b>UOC Qualità e Rischio Clinico</b> | <b>DMPPPOO</b> | <b>UU.OO. Coinvolte</b> | <b>UOC IT</b> |
| Organizzazione degli Audit                                                                                                                                                                      | R                                    | C              | I                       | C             |
| Individuazione campione cartelle                                                                                                                                                                | C                                    | R              | I                       | I             |
| Individuazione Items                                                                                                                                                                            | R                                    | C              | I                       | I             |
| Verifiche sulle CC                                                                                                                                                                              | R                                    | C              | I                       | C             |
| Implementazione attività di miglioramento                                                                                                                                                       | I                                    | C              | R                       | C             |
| Monitoraggio attività di miglioramento                                                                                                                                                          | I                                    | R              | C                       | I             |

| <b>ATTIVITÀ 7) Monitoraggio della corretta gestione della Terapia Antibiotica Empirica</b>                                                   |                                      |                |                         |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------|-------------------------|---------------|
| INDICATORE monitoraggio della gestione della Terapia Antibiotica empirica mediante verifica nelle cartelle cliniche di ricovero ospedaliero. |                                      |                |                         |               |
| STANDARD esecuzione di audit per la verifica di almeno 10 cc.                                                                                |                                      |                |                         |               |
| FONTE UOC Qualità e rischio clinico - DMPPPOO                                                                                                |                                      |                |                         |               |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                          |                                      |                |                         |               |
| <b>AZIONE</b>                                                                                                                                | <b>UOC Qualità e Rischio Clinico</b> | <b>DMPPPOO</b> | <b>UU.OO. Coinvolte</b> | <b>UOC IT</b> |
| Organizzazione degli Audit                                                                                                                   | R                                    | C              | I                       | C             |
| Individuazione campione cartelle                                                                                                             | C                                    | R              | I                       | I             |
| Individuazione Items                                                                                                                         | R                                    | C              | I                       | I             |
| Verifiche sulle CC                                                                                                                           | R                                    | C              | I                       | C             |
| Implementazione attività di miglioramento                                                                                                    | I                                    | C              | R                       | C             |
| Monitoraggio attività di miglioramento                                                                                                       | I                                    | R              | C                       | I             |

| <b>ATTIVITÀ 8) Attuazione del Piano triennale di ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP 2026-2028</b> |               |                       |                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------|--------------------------------------|
| INDICATORE Attuazione del piano                                                          |               |                       |                                      |
| STANDARD SI                                                                              |               |                       |                                      |
| FONTE CC-ICA- Gruppo di Antimicrobial Stewardship                                        |               |                       |                                      |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                      |               |                       |                                      |
| <b>AZIONE</b>                                                                            | <b>CC-ICA</b> | <b>Gruppo di A.S.</b> | <b>UOC Qualità e Rischio Clinico</b> |
| Implementazione del piano                                                                | C             | R                     | C                                    |
| Monitoraggio Implementazione del piano                                                   | C             | R                     | C                                    |

| <b>ATTIVITÀ 9) Elaborazione “Protocollo aziendale Terapia Antibiotica Empirica”</b> |                                      |              |                                 |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------|---------------------------------|------------|
| INDICATORE Elaborazione del Protocollo per la terapia antibiotica empirica.         |                                      |              |                                 |            |
| STANDARD SI                                                                         |                                      |              |                                 |            |
| FONTE UOC Qualità e rischio clinico                                                 |                                      |              |                                 |            |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                 |                                      |              |                                 |            |
| <b>AZIONE</b>                                                                       | <b>UOC Qualità e Rischio Clinico</b> | <b>CCICA</b> | <b>UOC Farmacia ospedaliera</b> | <b>AST</b> |
| Elaborazione documento                                                              | C                                    | R            | C                               | C          |
| Validazione                                                                         | I                                    | R            | I                               | C          |
| Diffusione                                                                          | R                                    | I            | I                               | C          |
| Monitoraggio                                                                        | I                                    | C            | C                               | R          |

| <b>ATTIVITÀ 10) Revisione del “Piano aziendale di contrasto antimicrobico resistenza Asl Roma 5” (delibera n. 1633 del 27/12/2024) inserendo le indicazioni del PARCA 2026-2028, nella specifica sezione relativa alla Salute umana.</b> |                                      |              |                                    |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------|------------------------------------|------------|
| INDICATORE Revisione del Documento                                                                                                                                                                                                       |                                      |              |                                    |            |
| STANDARD SI                                                                                                                                                                                                                              |                                      |              |                                    |            |
| FONTE CCICA-UOC Qualità e Rischio Clinico – Dipartimento di prevenzione                                                                                                                                                                  |                                      |              |                                    |            |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                                                                                                                      |                                      |              |                                    |            |
| <b>AZIONE</b>                                                                                                                                                                                                                            | <b>UOC Qualità e Rischio Clinico</b> | <b>CCICA</b> | <b>Dipartimento di prevenzione</b> | <b>DSA</b> |
| Revisione del piano                                                                                                                                                                                                                      | C                                    | I            | R                                  | I          |
| Validazione del piano                                                                                                                                                                                                                    | C                                    | R            | I                                  | C          |

| <b>ATTIVITÀ 11) Sorveglianza delle ICA nei cinque PPOO aziendali mediante indagine di prevalenza puntuale, con specifico focus sulle infezioni del sito chirurgico.</b> |                                      |               |                         |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------|-------------------------|-------------|
| INDICATORE Esecuzione di un'indagine di prevalenza puntuale entro il 31/12/2026                                                                                         |                                      |               |                         |             |
| STANDARD SI                                                                                                                                                             |                                      |               |                         |             |
| FONTE GOCC-ICA – UOC Qualità e rischio clinico                                                                                                                          |                                      |               |                         |             |
| <b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>                                                                                                                                     |                                      |               |                         |             |
| <b>AZIONE</b>                                                                                                                                                           | <b>UOC Qualità e Rischio Clinico</b> | <b>CC-ICA</b> | <b>UU.OO. Coinvolte</b> | <b>DMPO</b> |
| Esecuzione indagine di prevalenza                                                                                                                                       | R                                    | C             | C                       | C           |
| Analisi dei risultati                                                                                                                                                   | R                                    | C             | I                       | C           |
| Individuazione azioni di miglioramento per il 2026                                                                                                                      | R                                    | C             | I                       | C           |
| Monitoraggio delle azioni di miglioramento                                                                                                                              | C                                    | C             | C                       | R           |

## 8. Modalità di Diffusione del Documento

Al fine di consentire un corretto svolgimento di tutte le attività previste nel PARS 2026 e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione attraverso:

- 1) Presentazione del Piano all'interno del Collegio di Direzione;
- 2) Pubblicazione del PARS sulla Home page del Sito Aziendale;
- 3) Presentazione del PARS durante lo svolgimento di riunioni Aziendali e di Presidio;
- 4) Presentazione del PARS in occasione dei SWR;
- 5) Presentazione del PARS durante le attività formative e condivisione con i facilitatori;
- 6) Invio del PARS in formato pdf nativo all'indirizzo [ccrc@regione.lazio.it](mailto:ccrc@regione.lazio.it) per il caricamento sul cloud regionale.

## 9. Bibliografia, Sitografia

1. Ministero della Salute: "Risk Management in Sanità- il problema degli errori" Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
2. WHO – World Alliance for patient safety - The second Global Patient Safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live"
3. The New NHS: modern and dependable. London: Stationary Office, 1997
4. Reason J, Managing the risks of organizational accidents, 1997
5. Reason J, Human error: models and management, BMJ 2000; 320; 768-770
6. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione)
7. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)
8. Who: World Alliance for patient safety – The second Global Patient safety Challenge 2008 "Safe Surgery Save Live";
9. WHO: Global guidelines for the prevention of surgical site infection (2016)
10. Ministero della Salute. Infezioni correlate all'assistenza: cosa sono e cosa fare, disponibile all'URL:  
<http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica>
11. Centers for Disease Control and Prevention. Healthcare-associated Infections, disponibile all'URL:  
<https://www.cdc.gov/hai/index.html>
12. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections, disponibile all'URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections>

## 10. Riferimenti normativi

1. 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”;
2. D.P.R. 14 gennaio 1997 recante “Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”;
3. 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”
4. Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, integrato con il Decreto legislativo n. 106/2009, recante “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
5. Decreto Ministero della Salute del 11/12/2009 Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli errori in Sanità;
6. Circolare Ministeriale n.52/1985 recante “Lotta contro le Infezioni Ospedaliere”;
7. Circolare Ministeriale n. 8/1988 recante “Lotta contro le infezioni ospedaliere: la sorveglianza”;
8. Seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 recante “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. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131”;
9. Determinazione Regionale n. G04112 del 01 aprile 2014 recante “Approvazione del documento recante: ‘Linee di indirizzo regionali per la stesura del Piano di Risk Management (PARM): gestione del rischio clinico e delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA)’”;
10. Nota prot. n. 58028/GR/11/26 del 03 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Relazione conclusiva Piani Annuali di Risk Management delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lazio 0014; Obiettivi 2015 Rischio Clinico Regione Lazio;
11. Nota prot. n. 99218/GR/11/26 del 23 febbraio 2015 della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Giuridico Normativa, Istituzionale e Gestione Rischio Clinico recante “Percorso Aziendale per il recepimento delle raccomandazioni ministeriali per la sicurezza dei pazienti”;
12. Legge 28 dicembre 2015, n. 208 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)”;
13. Determinazione 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”;
14. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante “Approvazione del ‘Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti”;
15. 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”;
16. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017”;
17. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante “Revisione del ‘Documento di indirizzo

per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”;

18. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: “Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”;
19. 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”.
20. Determinazione n. G00164 dell’11 gennaio 2019 recante “Linee Guida per l’elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)”.
21. Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21/12/2021 m. 970 recante:” Approvazione del Piano regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”;
22. Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico –Resistenza (PNCAR) 2022/2025;
23. Antimicrobial resistance surveillance in Europa 2022 – 2020 data. Disponibile all’ URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2022-2020-data>
24. Determinazione Regione Lazio n. G00643 del 25/01/2022 “Documento in indirizzo per l’elaborazione del Piano annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS)”.
25. Determinazione Regionale Lazio n. 16501 del 28/11/2022 Approvazione del “Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle infezioni Correlate all’Assistenza (ICA)”.
26. Determinazione Regione Lazio n. G17673 del 23/12/2025 Approvazione del Piano Attuativo Regionale per il Contrasto dell’Antibiotico Resistenza (PARCA 2026-2028).
27. Nota regionale CRRC prot. n. U0091714 del 22/01/2024.
28. Nota regionale prot. N. U0079798 del 22/01/2025.
29. Nota Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – Area Rete Ospedaliera e Specialistica Prot. N. U37825 del 15.01.2026 avente ad oggetto “Piano annuale di gestione del Rischio Sanitario 2026 (PARS).

## **11. Allegati**

**Allegato 1:** Piano di Azione Locale per l’Igiene delle Mani ASL Roma 5 anno 2026.

**Allegato 2:** Programma di controllo della Legionellosi.

**Allegato 3:** Scheda anagrafica struttura.

**UOC QUALITÀ E RISCHIO CLINICO**

# **PIANO DI AZIONE LOCALE PER L'IGIENE DELLE MANI 2026**

**ASL ROMA 5**

## Sommario

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Premessa.....                                                                                      | 2  |
| 2.0 Obiettivi .....                                                                                   | 3  |
| 3. Ambiti di applicazione .....                                                                       | 4  |
| 4. Glossario .....                                                                                    | 4  |
| 5. Contesto .....                                                                                     | 6  |
| 6. Resoconto delle attività del piano precedente .....                                                | 7  |
| 6.1 Resoconto della sezione A – Requisiti strutturali e tecnologici.....                              | 7  |
| 6.1.1 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione A .....                                 | 7  |
| 6.2 Resoconto della sezione B – Formazione del personale .....                                        | 8  |
| 6.2.1 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione B .....                                 | 9  |
| 6.3 Resoconto della sezione C – Monitoraggio e Feedback .....                                         | 9  |
| 6.3.1 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione C .....                                 | 10 |
| 6.4 Resoconto della sezione D – Comunicazione permanente .....                                        | 10 |
| 6.4.1 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione D .....                                 | 11 |
| 6.5 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione E.....                                    | 11 |
| 6.5.1 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione E.....                                  | 13 |
| 7. Obiettivi e attività per il Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani 2026 (PALIM 2026) ..... | 13 |
| 7.1 Obiettivi Sezione A: Requisiti strutturali e tecnologici .....                                    | 13 |
| 7.2 Obiettivi Sezione B: Formazione del Personale.....                                                | 14 |
| 7.3 Obiettivi Sezione C: Monitoraggio e Feedback.....                                                 | 14 |
| 7.4 Obiettivi Sezione D: Comunicazione Permanente.....                                                | 15 |
| 7.5 Obiettivi Sezione E: Clima organizzativo Commitment.....                                          | 15 |
| 8. Risultati Monitoraggio Consumo SIA.....                                                            | 16 |
| 9. Risultati Monitoraggio Osservazione Compliance Igiene Mani.....                                    | 22 |

## 1. Premessa

Il Centro Regionale del Rischio Clinico (CRRC) ha predisposto il PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI che la Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio ha adottato con Determinazione del 26 febbraio 2021, n. G02044.

Il provvedimento dispone che tutte le strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale effettuino l'autovalutazione prevista dal Piano Regionale ed elaborino un piano di azione locale sulla base dei risultati della suddetta autovalutazione al fine di consentire ad ognuna di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

Partendo dalle indicazioni contenute nel documento *Hand hygiene Self-Assessment framework: Introduction and user instruction* dell'OMS, il piano di intervento regionale è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multinodale per il miglioramento dell'igiene delle mani. Relativamente alla sincronicità che deve essere garantita per un efficace governo del rischio infettivo le cinque sezioni sono:

SEZIONE A - REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

SEZIONE B - FORMAZIONE DEL PERSONALE

SEZIONE C - MONITORAGGIO E FEEDBACK

SEZIONE D - COMUNICAZIONE PERMANENTE

SEZIONE E - CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione con relativo punteggio, al fine da consentire alle strutture di evidenziare le eventuali criticità riscontrate e determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie.

In analogia al documento OMS, il punteggio individua quattro livelli:

1. INADEGUATO: la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
2. BASE: sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento.
3. INTERMEDIO: è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo.
4. AVANZATO: la promozione e l'igiene delle mani sono ottimali. Il livello intermedio/avanzato rappresenta il livello minimo da raggiungere entro il 2024, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della struttura.

Sulla base del punteggio ottenuto in ogni singola sezione, le Strutture dovranno elaborare un piano di azione locale, di cui dovranno dare opportuna evidenza nel Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA)

Il Piano di azione locale dovrà inoltre essere inserito fra le attività previste dal Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS).

Il Ministero della Salute ha recentemente reso noti i risultati per l'Italia di una "Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) svolta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019".

La partecipazione all'indagine da parte delle strutture sanitarie italiane è stata modesta e, pertanto, i dati raccolti non possono essere considerati rappresentativi dello stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di *Infection Prevention and Control* (IPC) in Italia.

È certo, comunque, che le ICA sono l'evento avverso più frequente nell'assistenza sanitaria, spesso causa di un prolungamento delle degenze in ospedale, disabilità a lungo termine, decessi e, non ultimo, il rischio di sviluppo di resistenza agli antimicrobici da parte dei microrganismi MDR con significativi costi aggiuntivi per il Sistema Sanitario

In Italia, la prevalenza di ICA negli ospedali per acuti è stata calcolata variare dal 3% al 10% circa in base all'ospedale, con picchi superiori al 20% in alcuni reparti di terapia intensiva (fonte circolare Ministero della Salute maggio 2021)

Le ICA peraltro possono verificarsi in ogni ambito assistenziale come day-hospital/day-surgery, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali, ecc.

È evidente quindi come l'igiene delle mani rappresenti uno strumento essenziale nella prevenzione delle infezioni trasmissibili, soprattutto negli ambienti ospedalieri e di cura. La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce infatti a prevenire e/o ridurre:

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

## 2.0 Obiettivi

L'obiettivo del documento è quello di definire un bundle di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta alla Asl Roma 5 di essere dotata di un piano di azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS e del CRRC Regione Lazio.

### 3. Ambiti di applicazione

|         |                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A CHI   | Il documento è rivolto a tutto il personale della Asl Roma 5                                                                                                                                                                                     |
| DOVE    | Il documento trova applicazione in tutte le Strutture sanitarie e socio-sanitarie, della Asl Roma 5                                                                                                                                              |
| PER CHI | Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e delle Strutture operanti in Asl Roma 5                                                                                                 |
| QUANDO  | <p>Qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo.</p> <p><u>NB</u>: Le indicazioni contenute nel documento non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.</p> |

### 4. Glossario

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Antisepsi delle mani</b> | 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. |
| <b>Agente antisettico</b>   | 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.                                                   |
| <b>CCICA</b>                | Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Colonizzazione</b>       | 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                                                                                                      |
| <b>CRRC</b>                 | Centro Regionale Rischio Clinico                                                                                                                                                                                                                                                                        |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Disinfezione</b>         | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Frizione antisettica</b> | 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 |
| <b>ICA</b>                  | Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale e che non era presente, né in incubazione, al momento dell'inizio del trattamento.<br>La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Igiene Ospedaliera</b>   | 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                                             |
| <b>Infezione</b>            | 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                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>PARS</b>                 | Piano Annuale Rischio Sanitario (riunisce in un unico documento il PARM ed il PAICA dal 2022 per tutte le strutture sanitarie del Lazio)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Punto di Assistenza</b> | 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. |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 5. Contesto

Nel territorio della ASL Roma 5 insistono cinque Presidi Ospedalieri a gestione diretta, classificati, in relazione alla complessità organizzativa e all'intensità assistenziale, come di seguito indicato:

- P.O. di Tivoli "San Giovanni Evangelista": DEA di I Livello;
- P.O. di Colleferro "Parodi Delfino": sede di Pronto Soccorso;
- P.O. di Palestrina "Coniugi Bernardini": sede di Pronto Soccorso;
- P.O. di Monterotondo "SS. Gonfalone": sede di Pronto Soccorso;
- P.O. di Subiaco "A. Angelucci": sede di Pronto Soccorso.

Ai fini dell'elaborazione del Piano Locale, nel mese di gennaio 2026, con riferimento all'anno 2025, le Direzioni Mediche di Presidio, le Direzioni Infermieristiche e il Comitato di Coordinamento per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) hanno proceduto alla valutazione delle condizioni organizzative e operative presenti nei cinque Presidi Ospedalieri, mediante la somministrazione dello specifico questionario di autovalutazione.

L'analisi ha preso in esame i cinque elementi costitutivi della strategia multimodale, al fine di rilevare punti di forza, criticità e aree di miglioramento in materia di prevenzione e controllo del rischio infettivo..

Per ciascuna sezione vengono descritti:

- i requisiti oggetto di valutazione;
- le azioni intraprese nel corso del 2025;
- i risultati dell'autovalutazione;
- le eventuali aree di miglioramento, in un'ottica di programmazione degli interventi per l'anno 2026 e di consolidamento del sistema di governance del rischio infettivo aziendale.

## 6. Resoconto delle attività del piano precedente

### 6.1 Resoconto della sezione A – Requisiti strutturali e tecnologici

Le attività previste dal PALIM 2025 della ASL RM 5 sono state realizzate nella misura rappresentata nella tabella seguente.

**Tabella 1 - Resoconto delle Attività del Piano Precedente sezione A “requisiti strutturali e tecnologici”  
(PALIM 2025)**

| Attività                                                                                                                                                                                                                              | Realizzata | Stato di attuazione                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Attività 1</b> – Esaminare le informazioni disponibili sulla compliance all’igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.                                                                            | SI         | Sono stati realizzati due monitoraggi in tutti i reparti di degenza sulla compliance dell’igiene delle mani.                                                                                                                                        |
| <b>Attività 2</b> – Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili con Indagine sui singoli Reparti/Servizi e Indagine sul consumo di soluzione alcolica.                                                               | SI         | E' stato redatto il questionario di autovalutazione sullo stato della struttura e delle risorse disponibili. Sono state realizzate 2 indagini sul consumo di soluzione idroalcolica.                                                                |
| <b>Attività 3</b> – Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l’obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica. | SI         | È stata effettuata un’indagine in tutti i reparti e servizi aziendali finalizzata alla rilevazione del fabbisogno di dispenser per soluzione idroalcolica, prevedendone l’installazione in ogni stanza di degenza e in ciascun punto di assistenza. |
| <b>Attività 4</b> - Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura                                                                                             | SI         | E' stata redatta la Procedura per la gestione dei flussi dei dati necessari al monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica secondo le indicazioni dell’istituto superiore di sanità                                                          |

#### 6.1.1 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione A

Dall’analisi dei requisiti strutturali e tecnologici emerge un quadro complessivamente molto positivo: la quasi totalità dei Presidi Ospedalieri ha raggiunto un livello di performance avanzato (80 %), a conferma dell’attenzione strutturale e organizzativa dedicata al sistema di igiene delle mani e all’approvvigionamento della soluzione idroalcolica.

## 6.2 Resoconto della sezione B – Formazione del personale

**Tabella 2 - Resoconto delle Attività del Piano Precedente sezione B “Formazione del personale”**

| Attività                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Realizzata | Stato di attuazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Attività 1</b> – Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali                                                                                                                                                                   | SI         | E' stato somministrato un questionario a tutti gli operatori sanitari afferenti ai cinque Reparti di Medicina.<br>L'indagine ha evidenziato la necessità di implementare una formazione specifica in materia di Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), quale priorità percepita dagli stessi professionisti sanitari, al fine di rafforzare competenze, consapevolezza e adesione alle buone pratiche assistenziali.                                                                                                                                                                   |
| <b>Attività 2</b> – Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale. Identificare i formatori (almeno uno per struttura). Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).                                                                    | SI         | Per i formatori è stata prevista la partecipazione di 3 operatori sanitari al corso dell'ISS. Per gli osservatori sono state realizzate due edizioni del corso di formazione base e due edizioni del corso di formazione avanzato sul Risk Management. È stata istituita una Rete aziendali dei facilitatori/osservatori per la promozione della Qualità e la gestione del Rischio Clinico (Nota Prot n. 30766 del 06.08.2025), che vede la partecipazione di 74 professionisti. E' stata realizzata una formazione specifica prima della realizzazione delle attività degli osservatori. |
| <b>Attività 3</b> – 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. | NO         | E' stata realizzata una formazione specifica prima della realizzazione delle attività degli osservatori. Solo in alcuni casi sono stati eseguiti affiancamenti sul campo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Attività 4</b> - 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.                                                                                       | SI         | Sono stati previsti nel PFA 2025 2 corsi di formazione sull'igiene delle mani e 2 corsi di formazione sulle ICA. Non sono obbligatori                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Attività 5</b> - Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.                                                                                                                                                               | SI         | Nel corso del 2025 sono stati realizzati due corsi di formazione sull'igiene delle mani e due sulle ICA. Per favorire il coinvolgimento del maggior numero possibile di operatori, i corsi sono stati organizzati nelle due aree aziendali — area Nord e area Sud — al fine di agevolare la partecipazione del personale afferente ai diversi Presidi e Servizi                                                                                                                                                                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Attività 6</b> - Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente). Definire un sistema per aggiornare la formazione e i verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente). | SI | E' stata favorita la partecipazione ai corsi per formatori dell'ISS.<br>Sono stati eseguiti i corsi di formazione avanzata sul Risk Management, è stata prevista una sezione di aggiornamento per gli osservatori .<br>Monitoraggio della compliance sull'igiene delle mani in tutti i reparti/servizi |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 6.2.1 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione B

Dall'analisi della sezione relativa alla Formazione emerge un quadro complessivamente positivo: è stato raggiunto un livello di performance avanzato, frutto di un significativo impegno organizzativo e professionale profuso nel corso dell'anno.

Tale risultato, tuttavia, richiede un costante consolidamento. Permangono infatti margini di miglioramento, soprattutto in termini di stabilizzazione e strutturazione nel tempo dei percorsi formativi, affinché il livello raggiunto possa essere mantenuto, rafforzato e reso sistemico all'interno dell'organizzazione aziendale.

In quest'ottica, risulta prioritario integrare stabilmente le attività formative nella programmazione annuale, garantendone continuità, monitoraggio e aggiornamento periodico.

### 6.3 Resoconto della sezione C – Monitoraggio e Feedback

**Tabella 3 - Resoconto delle Attività del Piano Precedente sezione C "Monitoraggio e feedback"**

| Attività                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Realizzata | Stato di attuazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>attività 1</b> - Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della compliance sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto; indagini sul consumo di soluzione alcolica; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari. | SI         | Sono stati realizzati 2 monitoraggi sulla compliance dell'igiene delle mani in tutti i reparti di degenza. E' stata realizzata mediante il questionario di autovalutazione l'indagine sulle infrastrutture, sono state realizzate 2 rilevazioni sul consumo di soluzione idroalcolica. E' stato realizzata un'indagine in tutti reparti di medicina sul bisogno formativo percepito in tema di ICA e di igiene delle mani. |
| <b>Attività 2</b> - Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura                                                                                                                                                                                                                                                    | SI         | Sono state informate le strutture sulle date in cui gli osservatori hanno eseguito la rilevazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Attività 3</b> - Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).                                                                                                                                                                                                                                                                   | NO         | L'organizzazione al momento non ha l'individuato questa figure nell'ambito del gruppo per l'igiene delle mani                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Attività 4</b> - Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI         | Sono state inviate alla DSA ed alla Direzione Generale i report delle osservazioni eseguite                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.                                                                                                                                                                                                                                   |    |                                                                                                       |
| <b>Attività 5</b> - Identificare i candidati per essere osservatori                                                                                                                                                                                                                                                                           | Si | Identificate tutti i reparti/ servizi come report sulle osservazioni eseguite                         |
| <b>Attività 6</b> - Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori                                                                                                                                                                                                                          | NO | Da stabilire                                                                                          |
| <b>Attività 7</b> - Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.                                                                                                                                                                                                                                                    | SI | Redatto un report da diffondere ai Reparti/servizi interessati                                        |
| <b>Attività 8</b> - Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato (ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi). Presentare i risultati delle osservazioni ogni trimestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA. | NO | Da Redigere<br>Sono state eseguite 2 osservazioni nel corso dell'anno 2025 in tutti i reparti/servizi |

### 6.3.1 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione C

La Sezione C evidenzia un livello di implementazione intermedio delle attività di monitoraggio e feedback. Sono presenti attività di osservazione della compliance e di analisi dei dati, ma il sistema non risulta ancora pienamente strutturato in modo programmato, uniforme e sistemico all'interno dell'organizzazione. Permangono ampi margini di miglioramento nella formalizzazione del calendario delle osservazioni, nella standardizzazione del feedback a operatori e dirigenti e nella definizione di obiettivi annuali di miglioramento.

Nel corso del 2026 saranno introdotte azioni mirate per strutturare in modo più organico il sistema di monitoraggio e restituzione dei risultati, anche attraverso strumenti dedicati e una programmazione annuale definita.

### 6.4 Resoconto della sezione D – Comunicazione permanente

La comunicazione permanente rappresenta un importante promemoria per tutti gli attori che vivono la struttura sanitaria: operatori sanitari, pazienti, visitatori, etc. Può utilizzare diversi strumenti come ad esempio poster, brochure, supporti informativi, etc. che possono essere di natura locale o di respiro nazionale. I poster sulla corretta tecnica dell'igiene delle mani dovranno essere affissi in prossimità dei lavandini e dispenser di soluzione idro-alcolica. I supporti sovra indicati costituiranno anche i mezzi per informare i pazienti e i visitatori degli standard di assistenza che potranno aspettarsi.

**Tabella 4 - Resoconto delle Attività del Piano Precedente sezione D “Comunicazione permanente”**

| Attività                                                                                                                                                        | Realizzata | Stato di attuazione                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Attività 1-</b> Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.                       | SI         | Sono state realizzate in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani poster e brochure diretti alla popolazione, ai visitatori, Pazienti e operatori sanitari                                                             |
| <b>Attività 2-</b> Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici                                                | SI         | E' stato fornito a tutti i reparti/servizi il materiale da affiggere in tutti gli ambienti comuni e di cura.                                                                                                                           |
| <b>Attività 3-</b> Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).     | NO         | Da programmare                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Attività 4 -</b> Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.                         | SI         | Sono state distribuiti nei 2 corsi di formazione sull'igiene delle mani, nei 2 corsi di formazione sulle ICA e nella giornata mondiale sull'igiene delle mani opuscoli e brochure informative da esporre in tutti gli ambienti clinici |
| <b>Attività 5 -</b> Produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli. | NO         | Non è stato prodotto materiale supplementare                                                                                                                                                                                           |

#### 6.4.1 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione D

Il risultato ottenuto nella sezione D può essere classificato come **intermedio**, con una buona implementazione delle azioni di produzione e distribuzione del materiale informativo, ma con necessità di:

- programmare un monitoraggio periodico della corretta esposizione;
- strutturare un piano di aggiornamento continuo del materiale;
- sviluppare strumenti comunicativi innovativi a supporto delle strategie di prevenzione delle ICA

#### 6.5 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione E

Nel controllo delle ICA è fondamentale un forte, continuo e visibile impegno da parte della direzione, nonché la definizione di un numero adeguato di operatori con competenze multidisciplinari per garantire un adeguato supporto alle attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo, particolarmente nella fase di monitoraggio.

Il Commitment deve far leva anche su azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani. È opportuno che sia definita e comunicata a tutti gli

operatori la policy sul tema delle ICA che chiarisca anche la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica sul tema.

**Tabella 5 - Resoconto delle Attività del Piano Precedente sezione E “Clima organizzativo e commitment”**

| Attività                                                                                                                     | Realizzata | Stato di attuazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Attività 1-</b> Assicurare il cambiamento del sistema, la formazione, la valutazione e il feedback                        | SI         | Oltre ai 4 corsi di formazione suddivisi per le 2 macro aree aziendali è stato realizzato, in collaborazione con INMI L. Spallanzani, i Moduli A, B e C - PNRR M6 – C2 Sub investimento 2.2 (b) - Corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero, in modalità FAD che ha visto la partecipazione di 1042 operatori sanitari.<br><br>Sono state elaborate le procedure e le istruzioni operative previste dalla determinazione regionale (n° G16501del 28.11.2022) sulla “Buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle ICA”, incluse nel rapporto intermedio del “Progetto di mappatura del rischio sanitario”, nello specifico è stata elaborata e formalizzata la Procedura per la prevenzione e gestione delle infezioni del sito chirurgico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Attività 2-</b> Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.                | SI         | Realizzazione linee progettuali "Piano Aziendale di Contrasto all'Antibiotico Resistenza Asl Roma 5., (delibera 2217 del 28.11.2025) i cui vengono impegnati i fondi per la remunerazione dell'attività svolta in orario extracontrattuale dai Professionisti della Rete dei Facilitatori di Risk Management (Nota Prot. n. 30766 del 06.08.2025) ai fini dell'espletamento della Sorveglianza delle infezioni Correlate all'Assistenza in ambito chirurgico; indagine di prevalenza puntuale delle infezioni Correlate all'Assistenza in ambito ospedaliero; Monitoraggio di aderenza degli operatori sanitari alla pratica dell'igiene delle mani; e di accantonare, per i motivi esposti in premessa, i fondi che la Regione Lazio ripartirà per l'implementazione delle misure previste dal PNCAR 2023-2025, prorogate al 31 dicembre 2026 proveniente dallo stanziamento del Ministero della Salute per il monitoraggio delle attività realizzate per dare attuazione delle misure e agli interventi previsti nel Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR 2022-2025 Rep. Atti n. 52,'CSR del 17.04,2025)" |
| <b>Attività 3-</b> Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani. | SI         | E stata inviata ai dirigenti Apicali il resoconto sulla attività precedentemente autorizzate per la giornata mondiale dell'igiene delle mani, per il monitoraggio del consumo del gel idroalcolico e della compliance degli operatori sanitari                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Attività 4 -</b> Stabilire riunioni regolari per avere                                                                    | SI         | Sono state condotte riunioni con tutti gli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------|
| un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    | osservatori  |
| <b>Attività 5</b> - Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione. Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative). | NO | Da Elaborare |

### 6.5.1 Risultati del questionario di autovalutazione – Sezione E

In questa sezione è stato raggiunto un **livello avanzato di attuazione**, grazie al forte e continuo impegno della Direzione nel sostenere le attività di prevenzione e controllo delle ICA.

È stato garantito un adeguato supporto organizzativo attraverso il coinvolgimento di professionisti con competenze multidisciplinari, con particolare attenzione alla fase di monitoraggio.

Sono state inoltre promosse azioni concrete per rafforzare la responsabilità degli operatori, in particolare rispetto alla pratica dell'igiene delle mani, ed è stata definita e comunicata la policy aziendale sul tema delle ICA, anche in relazione al rispetto delle norme di buona pratica

## 7. Obiettivi e attività per il Piano di Azione Locale per l'Igiene delle Mani 2026 (PALIM 2026)

Nel presente documento, in continuità con quanto definito nel PARS 2026 e in coerenza con la programmazione aziendale in materia di prevenzione del rischio infettivo, vengono individuati per il PALIM 2026 gli obiettivi strategici specificamente orientati al rafforzamento della pratica dell'igiene delle mani quale misura cardine nella prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

### 7.1 Obiettivi Sezione A: Requisiti strutturali e tecnologici

**Tabella 6 – Attività programmate per l'anno 2026**

| Piano delle Attività |                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.                   | Esaminare le informazioni disponibili sulla compliance all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.                                                                         |
| 2.                   | Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagine sui singoli Reparti/Servizi;</li> <li>• Indagine sul consumo di soluzione alcolica.</li> </ul> |
| 3.                   | Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare                                                                                            |

| ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.                                                           |                               |       |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|------|
| 4. Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura. |                               |       |      |
| Standard: miglioramento del livello avanzato –Tempo previsto 8 mesi                                                       |                               |       |      |
| AZIONE                                                                                                                    | UOC Qualità e Rischio Clinico | CCICA | DMPO |
| Progettazione ed elaborazione degli interventi                                                                            | C                             | C     | R    |

## 7.2 Obiettivi Sezione B: Formazione del Personale

**Tabella 7 – Attività programmate per l'anno 2026**

| Piano delle Attività                                                                                                                                                                                                 |                               |       |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|------------|
| 1. Identificare i formatori e gli osservatori                                                                                                                                                                        |                               |       |            |
| 2. Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati                                                                   |                               |       |            |
| 3. Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: gli osservatori devono ricevere una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto. |                               |       |            |
| 5. Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.                                          |                               |       |            |
| 6. Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori.                                                                                                    |                               |       |            |
| 7. Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare la competenza degli operatori sanitari.                                                                                                             |                               |       |            |
| 8. Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.                                                                                                                      |                               |       |            |
| 9. Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione a la sostituzione di quello obsoleto                                                                                                      |                               |       |            |
| Standard: raggiungimento del livello Avanzato 2026 - Tempo previsto 10 mesi                                                                                                                                          |                               |       |            |
| AZIONE                                                                                                                                                                                                               | UOC Qualità e Rischio Clinico | CCICA | Formazione |
| Progettazione ed elaborazione degli interventi di formazione, affiancamento e valutazione delle competenze                                                                                                           | R                             | C     | R          |

## 7.3 Obiettivi Sezione C: Monitoraggio e Feedback

**Tabella 8 – Attività programmate per l'anno 2026**

| Piano delle Attività                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 1. Monitoraggio regolare: condurre il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani ogni 6 mesi in tutti i reparti di degenza. Effettuare un monitoraggio continuo del consumo di soluzione alcolica;                                                                                             |  |  |  |
| 2. Interpretazione dei risultati: condurre la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e correlare l'osservanza dell'igiene delle mani e il consumo di soluzione alcolica con i dati sui risultati, identificando i fattori di successo e gli ostacoli al miglioramento continuo |  |  |  |
| 3. Feedback: organizzare sessioni interattive per restituire l'interpretazione dei risultati della vostra struttura ai dirigenti e al personale;                                                                                                                                                        |  |  |  |

4. Comunicazione: comunicare apertamente i risultati attraverso più canali incoraggiando un clima costruttivo e trasparente.
5. Redigere un calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo alle DMPO
6. Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato
9. I dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA saranno distribuiti con comunicazioni interne a tutte le DMPO e DMDS

Standard: raggiungimento del livello Avanzato 2026 - Tempo previsto 10 mesi

| AZIONE                                                                                                                                                     | UOC Qualità e Rischio Clinico | CCICA | DMPO |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|------|
| Organizzazione e monitorare la raccolta dati, interpretare i risultati, dare un feedback e comunicare i dati di adesione e di consumo del gel idroalcolico | R                             | C     | C    |

## 7.4 Obiettivi Sezione D: Comunicazione Permanente

**Tabella 9 – Attività programmate per l'anno 2026**

| Piano delle Attività                                                                                                                    |                               |       |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|------|
| 1. Elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti;                                       |                               |       |      |
| 2. Fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici;                                                                  |                               |       |      |
| 3. Produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi, basati sulle specificità locali. |                               |       |      |
| Standard: raggiungimento del livello Avanzato 2026 - Tempo previsto 8 mesi                                                              |                               |       |      |
| AZIONE                                                                                                                                  | UOC Qualità e Rischio Clinico | CCICA | DMPO |
| Elaborare, fornire e produrre materiale per una migliore comunicazione dell'igiene delle mani                                           | R                             | C     | C    |

## 7.5 Obiettivi Sezione E: Clima organizzativo Commitment

**Tabella 10 – Attività programmate per l'anno 2026**

| Piano delle Attività                                                                                                                                                                   |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 1. Continuare l'autovalutazione nell'ottica del miglioramento continuo;                                                                                                                |  |  |  |
| 2. Promuovere il miglioramento: valutare la possibilità di premiare i comportamenti virtuosi, individuali e/o di reparto;                                                              |  |  |  |
| 3. Stanziare risorse per sostenere e la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali.                                                                                         |  |  |  |
| 4. Prevedere i fondi per l'acquisto di 2 Hand-Scan come strumenti di miglioramento                                                                                                     |  |  |  |
| 5. Presentare l'igiene delle mani come parte del programma generale di miglioramento della sicurezza del paziente e di miglioramento della qualità; Inserire le Attività nel PARS 2026 |  |  |  |
| 6. Prevedere un budget per sostenere e la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali.                                                                                       |  |  |  |
| Standard: miglioramento del livello Avanzato 2026 - Tempo previsto 8 mesi                                                                                                              |  |  |  |

| AZIONE                                                                                                             | UOC Qualità e Rischio Clinico | CCICA | DMPO |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------|------|
| Promuovere strategie di miglioramento, budget adeguato, iniziative per la giornata mondiale dell'igiene delle mani | R                             | C     | C    |

## 8. Risultati Monitoraggio Consumo SIA

Il monitoraggio del consumo di Soluzione Idroalcolica è stato effettuato secondo le indicazioni metodologiche del SERESMI.

Il risultato mostra l'analisi dei consumi di gel idroalcolico – I e II semestre 2026, evidenziando un trend in miglioramento tra i due periodi osservati.

Pur permanendo ampi margini di miglioramento, si registra un incremento del consumo nel secondo semestre rispetto al primo, dato che può essere interpretato come segnale di maggiore attenzione e sensibilizzazione degli operatori rispetto all'igiene delle mani.

Tale miglioramento risulta verosimilmente correlato:

- alle attività di sensibilizzazione e formazione condotte nel corso dell'anno;
- al rafforzamento del monitoraggio interno;
- alla progressiva diffusione della cultura della sicurezza delle cure nell'ambito della prevenzione delle ICA.

Resta comunque necessario:

- consolidare le azioni già avviate;
- uniformare ulteriormente i comportamenti tra le diverse Unità Operative;
- implementare audit periodici con restituzione strutturata dei dati ai reparti.

Il percorso avviato sul monitoraggio e sull'analisi del consumo di gel idroalcolico dovrà essere progressivamente perfezionato e strutturato nel tempo. Proprio in questa prospettiva è stata redatta la specifica procedura aziendale relativa ai flussi di utilizzo e distribuzione del gel idroalcolico, finalizzata a garantire maggiore tracciabilità, uniformità e affidabilità del dato rilevato.

L'obiettivo per il prossimo semestre dovrà essere non solo l'incremento quantitativo del consumo, ma soprattutto il miglioramento qualitativo dell'aderenza ai "5 momenti dell'igiene delle mani", secondo le raccomandazioni internazionali.

**Tabella 11 – Consumo SIA primo semestre 2025 PO Tivoli**

| CSIA per Area                                              | Giornate di degenza | Consumo Gel |
|------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Area non degenza                                           |                     | 123         |
| Area degenza                                               | 18205               | 240         |
| TOTALE CONSUMO SUDDIVISO PER AREE DI DEGENZA E NON DEGENZA |                     | 363         |
| Area medica                                                | 9947                | 101         |
| Area Chirurgica                                            | 2391                | 15          |
| Terapia intensiva                                          | 1018                | 81          |
| Ortopedia                                                  | 1300                | 26          |
| Altre Degenze                                              | 3549                | 17          |

**Tabella 12 – Consumo SIA primo semestre 2025 PO Subiaco**

| CSIA per Area                                              | Giornate di degenza | Consumo Gel |
|------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Area non degenza                                           |                     | 7           |
| Area degenza                                               | 3895                | 32          |
| TOTALE CONSUMO SUDDIVISO PER AREE DI DEGENZA E NON DEGENZA |                     | 39          |
| Area medica                                                | 3107                | 26          |
| Area Chirurgica                                            | 788                 | 5           |

**Tabella 13 – Consumo SIA primo semestre 2025 PO Monterotondo**

| CSIA per Area                                                       | Giornate di degenza | Consumo Gel |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Area non degenza                                                    |                     | 20          |
| Area degenza                                                        | 9225                | 12          |
| TOTALE CONSUMO<br>SUDDIVISO PER AREE<br>DI DEGENZA E NON<br>DEGENZA |                     | 32          |
| Area medica                                                         | 3277                | 6           |
| Area Chirurgica                                                     | 3752                | 4           |
| Ortopedia                                                           | 34                  |             |
| Altre Degenze                                                       | 2162                | 2           |

**Tabella 14 – Consumo SIA primo semestre 2025 PO Palestrina**

| CSIA per Area                                                       | Giornate di degenza | Consumo Gel |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Area non degenza                                                    |                     | 6           |
| Area degenza                                                        | 9127                | 67          |
| TOTALE CONSUMO<br>SUDDIVISO PER AREE<br>DI DEGENZA E NON<br>DEGENZA |                     | 73          |
| Area medica                                                         | 5308                | 29          |
| Area Chirurgica                                                     | 1636                | 18          |
| Terapia intensiva                                                   | 518                 | 5           |
| Ortopedia                                                           | 675                 | 10          |
| Altre Degenze                                                       | 990                 | 5           |

**Tabella 15 – Consumo SIA primo semestre 2025 PO Colleferro**

| CSIA per Area                                              | Giornate di degenza | Consumo Gel |
|------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Area non degenza                                           |                     | 125         |
| Area degenza                                               | 14700               | 48          |
| TOTALE CONSUMO SUDDIVISO PER AREE DI DEGENZA E NON DEGENZA |                     | 173         |
| Area medica                                                | 7154                | 21          |
| Area Chirurgica                                            | 2169                | 11          |
| Terapia intensiva                                          | 865                 | 12          |
| Ortopedia                                                  | 2271                | 2           |
| Altre Degenze                                              | 2241                | 2           |

**Tabella 16 – Consumo SIA secondo semestre 2025 PO Tivoli**

| CSIA per Area                                              | Giornate di degenza | Consumo Gel |
|------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Area non degenza                                           |                     | 230         |
| Area degenza                                               | 24415               | 299         |
| TOTALE CONSUMO SUDDIVISO PER AREE DI DEGENZA E NON DEGENZA |                     | 529         |
| Area medica                                                | 24441               | 131         |
| Area Chirurgica                                            | 1134                | 65          |
| Terapia intensiva                                          | 3561                | 32          |
| Ortopedia                                                  | 1209                | 48          |
| Altre Degenze                                              | 2679                | 23          |

**Tabella 17 – Consumo SIA secondo semestre 2025 PO Subiaco**

| CSIA per Area                                              | Giornate di degenza | Consumo Gel |
|------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Area non degenza                                           |                     | 1           |
| Area degenza                                               | 5541                | 87          |
| TOTALE CONSUMO SUDDIVISO PER AREE DI DEGENZA E NON DEGENZA |                     | 88          |
| Area medica                                                | 4788                | 66          |
| Area Chirurgica                                            | 753                 | 21          |

**Tabella 18 – Consumo SIA secondo semestre 2025 PO Monterotondo**

| CSIA per Area                                              | Giornate di degenza | Consumo Gel |
|------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Area non degenza                                           |                     | 51          |
| Area degenza                                               | 6299                | 24          |
| TOTALE CONSUMO SUDDIVISO PER AREE DI DEGENZA E NON DEGENZA |                     | 75          |
| Area medica                                                | 3330                | 13          |
| Area Chirurgica                                            | 931                 | 4           |
| Ortopedia                                                  | 22                  | 6           |
| Altre Degenze                                              | 2162                | 2           |

**Tabella 19 – Consumo SIA primo semestre 2025 PO Palestrina**

| CSIA per Area                                                    | Giornate di degenza | Consumo Gel |
|------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Area non degenza                                                 |                     | 18          |
| Area degenza                                                     | 8414                | 142         |
| TOTALE CONSUMO<br>SUDDIVISO PER AREE DI<br>DEGENZA E NON DEGENZA |                     | 160         |
| Area medica                                                      | 4171                | 19          |
| Area Chirurgica                                                  | 1249                | 18          |
| Terapia intensiva                                                | 479                 | 16          |
| Ortopedia                                                        | 608                 | 22          |
| Altre Degenze                                                    | 1907                | 67          |

**Tabella 20 – Consumo SIA secondo semestre 2025 PO Colferro**

| CSIA per Area                                                    | Giornate di degenza | Consumo Gel |
|------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|
| Area non degenza                                                 |                     | 10          |
| Area degenza                                                     | 15589               | 183         |
| TOTALE CONSUMO SUDDIVISO<br>PER AREE DI DEGENZA E NON<br>DEGENZA |                     | 193         |
| Area medica                                                      | 6346                | 57          |
| Area Chirurgica                                                  | 2445                | 24          |
| Terapia intensiva                                                | 701                 | 20          |
| Ortopedia                                                        | 2600                | 33          |
| Altre Degenze                                                    | 3497                | 49          |

## 9. Risultati Monitoraggio Osservazione Compliance Igiene Mani

Il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani è stato effettuato secondo le indicazioni metodologiche del SERESMI.

Il dato relativo al primo semestre mostra percentuali di adesione apparentemente migliori rispetto a quelle del secondo semestre. Tuttavia, l'andamento osservato nel secondo semestre, che a una prima lettura potrebbe sembrare peggiorativo, deve essere interpretato alla luce del percorso formativo effettuato.

La formazione svolta ha infatti determinato una maggiore attenzione nelle osservazioni e una più accurata applicazione dei criteri di rilevazione. Gli osservatori riferiscono di aver acquisito maggiore sicurezza e precisione nella raccolta del dato, riducendo possibili sovrastime iniziali.

Inoltre, nel secondo semestre le rilevazioni sono state effettuate in contesti operativi diversi da quelli di abituale appartenenza degli osservatori, a differenza di quanto avvenuto nel primo semestre. Questo elemento ha verosimilmente contribuito a rendere l'osservazione più oggettiva e rigorosa, riducendo possibili condizionamenti ambientali.

Il lieve scostamento registrato nel secondo semestre è pertanto plausibilmente correlato a un miglioramento della qualità e dell'accuratezza della rilevazione, piuttosto che a una reale riduzione dell'adesione.

In vista della prossima rilevazione, relativa al primo semestre, è previsto un periodo di affiancamento sul campo da parte dei Formatori, finalizzato a uniformare ulteriormente le modalità osservative e a migliorare ancora la qualità e l'affidabilità del dato raccolto.

**Tabella 16 – Monitoraggio Compliance Igiene Mani Primo Semestre 2025**

| STRUTTURA/ASL | PRESIDIO     | OPPORTUNITÀ OSSERVATE (N.) | LAVAGGIO (N.) | SIA (N.) | NESSUNA (N.) | SE<br>NESSUNA<br>GUANTI<br>(N.) | COMPLIANCE<br>(%) |
|---------------|--------------|----------------------------|---------------|----------|--------------|---------------------------------|-------------------|
| ASL ROMA 5    | Tivoli       | 3170                       | 571           | 1041     | 987          | 571                             | 50,9              |
| ASL ROMA 5    | Monterotondo | 906                        | 279           | 210      | 270          | 147                             | 54,0              |
| ASL ROMA 5    | Subiaco      | 507                        | 71            | 140      | 243          | 53                              | 41,6              |
| ASL ROMA 5    | Colleferro   | 1629                       | 561           | 275      | 468          | 325                             | 51,3              |
| ASL ROMA 5    | Palestrina   | 1845                       | 279           | 310      | 270          | 147                             | 31,9              |

**Tabella 17 – Monitoraggio Compliance Igiene Mani Secondo Semestre 2025**

| STRUTTURA/ASL | PRESIDIO     | OPPORTUNITÀ OSSERVATE (N.) | LAVAGGIO (N.) | SIA (N.) | NESSUNA (N.) | SE NESSUNA GUANTI (N.) | COMPLIANCE (%) |
|---------------|--------------|----------------------------|---------------|----------|--------------|------------------------|----------------|
| ASL ROMA 5    | Tivoli       | 3712                       | 622           | 1069     | 1307         | 714                    | 45,6           |
| ASL ROMA 5    | Monterotondo | 1513                       | 446           | 210      | 475          | 382                    | 43,4           |
| ASL ROMA 5    | Subiaco      | 693                        | 77            | 140      | 353          | 113                    | 31,3           |
| ASL ROMA 5    | Colleferro   | 2052                       | 605           | 365      | 585          | 495                    | 47,3           |
| ASL ROMA 5    | Palestrina   | 2179                       | 469           | 333      | 931          | 446                    | 36,8           |

## 10. Modalità di Diffusione del Documento

Il presente Piano viene archiviato in formato digitale su server aziendale.

Sarà presente sulla home page del Sito istituzionale della ASL Roma 5 in allegato al PARS 2026 di cui è parte integrante.

La copia in formato cartaceo originale sarà conservata all'interno degli uffici del Risk Management aziendale per eventuale consultazione.

I contenuti del presente documento sono condivisi con il personale delle Strutture in formato digitale mediante l'area riservata del sito internet istituzionale che consente di tracciare gli accessi e di richiedere la conferma di presa visione da parte dell'operatore.

La diffusione del documento tra gli operatori avverrà inoltre mediante incontri formativi programmati nell'ambito del piano formativo aziendale.

## 11. Riferimenti Normativi

1. Determina Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria G02044 del 26\_02\_2021 – “Adozione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani”
2. Circolare Ministero della Salute n. 4968 Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE) del 26 febbraio 2013.
3. DCA n. U00328 del 4 novembre 2016, Progetto 7.3 “contenimento delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell'uso degli antibiotici”.
4. Ordinanza Presidente Regione Lazio N. 200034 del 18/04/2020 “Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS-CoV2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali. 13
5. Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali” - Versione

del 24 agosto 2020.

6. Determinazione Regionale n. G12356 del 25 ottobre 2016 recante "Approvazione del 'Piano Regionale per la prevenzione delle cadute dei pazienti'";
7. 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";
8. Determinazione Regionale n. G16829 del 6 dicembre 2017 recante "Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico ai sensi della L. 24/2017";
9. Determinazione Regionale n. G09765 del 31 luglio 2018 recante "Revisione del 'Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi'";
10. Determinazione regionale n. G13505 del 25 ottobre 2018 recante: "Approvazione Documento di indirizzo sulla prevenzione e la Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari";
11. 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".
12. Determinazione n. G00164 dell'11 gennaio 2019 recante "Linee Guida per l'elaborazione del Piano Annuale di Risk Management (PARM)".
13. Deliberazione di Giunta della Regione Lazio del 21/12/2021 m. 970 recante: "Approvazione del Piano regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025";
14. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico –Resistenza (PNCAR) 2022/2025;

## **12. Bibliografia, Sitografia**

1. Rapporto Istituto Superiore di Sanità "Indagine sullo stato di attuazione dei programmi di igiene delle mani e di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza svolta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2019: risultati per l'Italia"
2. Silvio Brusaferrò - Istituto Superiore di Sanità - "L'igiene delle mani come strumento primario per la prevenzione delle ICA e nel contesto del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza" - Giornata mondiale dell'Igiene delle mani 2019, Roma 9 maggio 2019
3. Dott.ssa Maria Francesca Furmenti, Prof.ssa Carla M. Zotti - Università di Torino - Dipartimento di Scienze della Sanità Pubbliche e Pediatriche "L'igiene delle mani nel nostro Paese: i dati del PPS" - Giornata mondiale dell'igiene delle mani, 2019
4. Stefano Bargellesi - Direttore S.C. Medicina Fisica e Riabilitativa Unità Gravi Cerebrolesioni e Mielolesioni - Ospedale di Treviso - "Il controllo delle ICA e MDR: la specificità dei *setting*"

riabilitativi ed assistenziali” - Giornata mondiale dell’igiene delle mani, 2019

5. Raccomandazioni e Manuale della sicurezza dei pazienti e degli operatori reperibili sul sito del Ministero della Salute:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2911&area=qualita&menu=formazione)
6. Ministero della Salute: Protocollo per il monitoraggio degli Eventi Sentinella luglio 2009:  
[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=238&area=qualita&menu=sicurezza)

### 13. Allegati

- Allegato 1:** Questionario di autovalutazione dei requisiti strutturali e tecnologici: Tabella A
- Allegato 2:** Questionario di autovalutazione “formazione del personale”: Tabella B
- Allegato 3:** Questionario di autovalutazione “monitoraggio e feedback”: Tabella
- Allegato 4:** Questionario di autovalutazione “comunicazione permanente”: Tabella D
- Allegato 5:** Questionario di autovalutazione “clima organizzativo e commitment”: Tabella E
- Allegato 6:** Questionario per gli operatori sanitari del CRRC
- Allegato 7:** Questionario di follow-up sulla percezione degli operatori sanitari del CRRC
- Allegato 8:** Questionario sulla percezione degli operatori sanitari
- Allegato 9:** Questionario sulla percezione dei responsabili di reparto e dei coordinatori infermieristici
- Allegato 10:** Scheda di osservazione per l’igiene delle mani.
- Allegato 11:** Locandina “i cinque momenti a letto del paziente”
- Allegato 12:** Locandina “come praticare l’igiene delle mani con soluzione alcolica”
- Allegato 13:** Locandina “come praticare l’igiene delle mani con acqua e sapone”
- Allegato 14:** Locandina “poster aziendale di sensibilizzazione”



**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        |



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

**SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE**

| DOMANDE                                                                                                               | RISPOSTE                                                                                                                                        | PUNTEGGIO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>B.1 Formazione degli operatori sanitari</b>                                                                        |                                                                                                                                                 |           |
| 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>B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali</b>                                            |                                                                                                                                                 |           |
| 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                                                                                 | 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 |

**Allegato 3: Questionario di autovalutazione monitoraggio e feedback: Tabella C**



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

| SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK                                                                                                                                       |                             |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| DOMANDE                                                                                                                                                                                | RI-<br>SPOT-<br>TEG-<br>GIO | PUN-<br>TEG-<br>GIO |
| 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                                                                                                                           |                             |                     |
| <b>NB:</b> 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   | 31-40%<br>5  |
|                                                                                                                                                                                                        | Irregolarmente     | 9   |              |
|                                                                                                                                                                                                        | Annualmente        | 1   |              |
|                                                                                                                                                                                                        | Ogni 3 mesi o meno | 1   |              |
| 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   | 41-50%<br>10 |
|                                                                                                                                                                                                        |                    |     | 51-60%<br>15 |
|                                                                                                                                                                                                        |                    |     | 61-70%<br>20 |
|                                                                                                                                                                                                        |                    |     | 71-80%<br>25 |
|                                                                                                                                                                                                        | ≥ 81%              | 3   |              |
|                                                                                                                                                                                                        |                    |     |              |
| <b>C.5 Feedback</b>                                                                                                                                                                                    |                    |     |              |
| C.5.1 <u>Feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?                                                                                 | NO                 | 0   |              |
|                                                                                                                                                                                                        | SÌ                 | 5   |              |
| C.5.2 <u>Feedback sistematico</u> : 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 <u>Feedback sistematico</u> : 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 |              |

**Allegato 4: Questionario di autovalutazione comunicazione permanente: Tabella D**



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

| 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        |
|                                                                                                                                                    | NO                                             | 0         |

|                                                                                                                                                            |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati? | SÌ | 10 |
| D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?                                                                            | NO | 0  |
|                                                                                                                                                            | SÌ | 10 |
| D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?                    | NO | 0  |
|                                                                                                                                                            | SÌ | 15 |

**Allegato 5: Questionario di autovalutazione clima organizzativo e commitment: Tabella E**



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

| SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT                                                                                                           |          |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| DOMANDE                                                                                                                                                | RISPOSTE | PUNTEGGIO |
| E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:                                                          |          |           |
| E.1.1 - Esiste un team definito?                                                                                                                       | NO       | 0         |
|                                                                                                                                                        | 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         |
|                                                                                                                                                        | NO       | 0         |

|                                                                                                        |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?          | 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 istituzionale 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  |

**Allegato 6: Questionario per gli operatori sanitari del CRRC**

## PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

### Questionario per gli operatori sanitari

Il questionario serve ad accertare le competenze sulla corretta pratica della igiene delle mani. Nell'ambito dell'autonomia organizzativa delle Strutture e delle strategie di implementazione del Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, può essere utilizzato in diversi momenti: ad esempio per valutare la conoscenza degli operatori prima e dopo l'implementazione di specifici percorsi di formazione oppure periodicamente, per rafforzare l'efficacia della formazione permanente. La compilazione del questionario richiede circa 10 minuti. Ti chiediamo di:

- Scegliere una sola risposta per ogni domanda
- Leggere attentamente le domande prima di rispondere
- Le risposte e i risultati dei questionari saranno riservate e analizzate in forma aggregata

### Breve glossario

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Frizione                 | Applicazione di una prodotto a base alcolica per ridurre o inibire la proliferazione dei microrganismi senza ricorrere a fonti idriche esterne e senza risciacquo né asciugatura con asciugamani o altro.                                                                         |
| ICA                      | Infezioni Correlate all'Assistenza                                                                                                                                                                                                                                                |
| Lavaggio delle mani      | Lavaggio delle mani con acqua e sapone o altri detergenti con agenti antisettici.                                                                                                                                                                                                 |
| Prodotto a base alcolica | Una preparazione contenente alcol (liquida, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di ridurre la crescita dei microorganismi. Queste preparazioni possono contenere uno o più tipi di alcol assieme a eccipienti, altri ingredienti attivi e umettanti. |

**NB:** Il materiale presentato è stato tradotto da documenti OMS e adattato al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo  
<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>

|    |                                                                                                                                                        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1  | DATA DI COMPILAZIONE<br>(GG/MM/AAAA)                                                                                                                   |                                                       | ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |
| 2  | STRUTTURA                                                                                                                                              |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |
| 3  | REPARTO/AMBULATORIO                                                                                                                                    |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |
| 4  | SESSO                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ETÀ<br>(NN)               |
|    |                                                                                                                                                        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 6                         |
|    |                                                                                                                                                        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ANZIANITÀ LAVORATIVA (NN) |
| 7  | QUALIFICA                                                                                                                                              |                                                       | <input type="checkbox"/> Infermiera/e<br><input type="checkbox"/> Ostetrica/o<br><input type="checkbox"/> Medico<br><input type="checkbox"/> Studente medicina<br><input type="checkbox"/> Terapista<br><input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |
| 8  | AREA ASSISTENZIALE                                                                                                                                     |                                                       | <input type="checkbox"/> Operatore di supporto<br><input type="checkbox"/> Studente scienze infermieristiche/ostetriche<br><input type="checkbox"/> Specialista in formazione<br><input type="checkbox"/> Tecnico<br><br><input type="checkbox"/> Medicina interna<br><input type="checkbox"/> Chirurgia<br><input type="checkbox"/> Terapia intensiva<br><input type="checkbox"/> Emergenza<br><input type="checkbox"/> Ostetricia/Ginecologia<br><input type="checkbox"/> Pediatria/Neonatologia<br><input type="checkbox"/> Riabilitazione/Lungodegenza<br><input type="checkbox"/> Attività ambulatoriale<br><input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |                           |
| 9  | NEGLI ULTIMI TRE ANNI SEI STATO FORMATO SULL'IGIENE DELLE MANI?                                                                                        |                                                       | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |
| 10 | USI REGOLARMENTE SOLUZIONI A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                    |                                                       | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |
| 11 | QUALE, FRA QUELLE ELENcate, È LA PRINCIPALE VIA DI TRASMISSIONE FRA I PAZIENTI DI MICRORGANISMI POTENZIALMENTE PERICOLOSI? (barrare una sola risposta) |                                                       | a) <input type="checkbox"/> le mani degli operatori quando non sono pulite<br>b) <input type="checkbox"/> l'aria che circola nell'ambiente<br>c) <input type="checkbox"/> l'esposizione del paziente a superfici contaminate (a es.: letti, sedie, tavoli, pavimento)<br>d) <input type="checkbox"/> la condivisione di strumenti non invasivi fra diversi pazienti (a es.: stetoscopi, sfigmomanometri, ecc.)                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |
| 12 | QUAL È LA SORGENTE PIÙ FREQUENTE DI MICRORGANISMI RESPONSABILI DI ICA? (barrare una sola risposta)                                                     |                                                       | a) <input type="checkbox"/> l'acqua utilizzata nella struttura<br>b) <input type="checkbox"/> l'aria circolante nell'ambiente<br>c) <input type="checkbox"/> i microrganismi già presenti sulla cute o all'interno del paziente<br>d) <input type="checkbox"/> l'ambiente ospedaliero (superfici)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |

|    |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13 | IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI <u>AL PAZIENTE</u> ?                               | a) <input type="checkbox"/> prima di toccare il paziente<br>b) <input type="checkbox"/> subito dopo l'esposizione a liquidi biologici<br>c) <input type="checkbox"/> dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente<br>d) <input type="checkbox"/> subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 14 | IN QUALE DEI SEGUENTI MOMENTI L'IGIENE DELLE MANI PREVIENE LA TRASMISSIONE DI MICRORGANISMI <u>ALL'OPERATORE SANITARIO</u> ?                   | a) <input type="checkbox"/> dopo aver toccato il paziente<br>b) <input type="checkbox"/> subito dopo l'esposizione a liquidi biologici <input type="checkbox"/><br>c) subito prima di eseguire una procedura pulita/asettica<br>d) <input type="checkbox"/> dopo l'esposizione all'ambiente circostante il paziente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 15 | QUALE DELLE SEGUENTI AFFERMAZIONI RELATIVE ALLA FRIZIONE CON SOLUZIONI A BASE DI ALCOL E AL LAVAGGIO DELLE MANI CON ACQUA E SAPONE È CORRETTA? | a) la frizione è più rapida del lavaggio<br><input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO<br>b) la frizione causa irritazione cutanea più frequentemente rispetto al lavaggio<br><input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO<br>c) la frizione è più efficace contro i microrganismi rispetto al lavaggio<br><input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO<br>d) lavaggio e frizione devono essere praticati in sequenza<br><input type="checkbox"/> VERO <input type="checkbox"/> FALSO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 16 | QUAL È IL TEMPO MINIMO PERCHÉ LA FRIZIONE CON SOLUZIONI A BASE DI ALCOL SIA EFFICACE CONTRO I MICRORGANISMI?<br>(barrare una sola risposta)    | a) <input type="checkbox"/> 20 SECONDI<br>b) <input type="checkbox"/> 3 SECONDI<br>c) <input type="checkbox"/> 1 MINUTO<br>d) <input type="checkbox"/> 10 SECONDI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 17 | QUAL È IL METODO PER L'IGIENE DELLE MANI PIÙ ADATTO NELLE SEGUENTI SITUAZIONI?                                                                 | a) Prima della palpazione dell'addome<br><input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno<br>b) Prima di praticare una iniezione<br><input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno<br>c) Dopo aver svuotato una padella<br><input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno<br>d) Dopo aver rimosso i guanti monouso<br><input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno<br>e) Dopo aver rifatto il letto del paziente<br><input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno<br>f) Dopo contaminazione visibile con sangue<br><input type="checkbox"/> Frizione <input type="checkbox"/> Lavaggio <input type="checkbox"/> Nessuno |

|    |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18 | <b>QUALE<br/>CONDIZIONE/COMPORTAMENTO<br/>AUMENTA LA PROBABILITÀ DI<br/>COLONIZZAZIONE DELLA CUTE<br/>DELLE MANI CON MICRORGANISMI<br/>PERICOLOSI?</b> | <p>a) Indossare gioielli<br/><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> NO</p> <p>e) Cute danneggiata<br/><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> NO</p> <p>f) Indossare unghie artificiali<br/><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> NO</p> <p>g) Uso regolare di creme idratanti<br/><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> NO</p> |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Allegato 7: Questionario di follow-up sulla percezione degli operatori sanitari del CRRC**

## PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

### Questionario di follow-up sulla percezione degli operatori sanitari

Visto che la tua attività professionale di pone a contatto diretto e quotidiano con i pazienti, siamo interessati a conoscere la tua opinione sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'igiene delle mani.

Questo questionario è suddiviso in due parti: la prima contiene le stesse domande a cui hai risposto precedentemente; la seconda parte prevede alcune domande aggiuntive per conoscere la tua opinione sulle strategie e gli strumenti attualmente utilizzati per promuovere l'igiene delle mani presso la tua struttura. La compilazione del questionario richiede circa 15 minuti. Ti chiediamo di:

- Scegliere una sola risposta per ogni domanda
- Per le risposte che riportano una scala di valori (ad es. da NON EFFICACE a MOLTO EFFICACE) ti chiediamo di mettere una croce sulla casella che rappresenta meglio la tua opinione fra i due estremi
- Leggere attentamente le domande prima di rispondere
- Le risposte e i risultati dei questionari saranno riservate e analizzate in forma aggregata **Breve glossario**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Frizione                 | Applicazione di una prodotto a base alcolica per ridurre o inibire la proliferazione dei microrganismi senza ricorrere a fonti idriche esterne e senza risciacquo né asciugatura con asciugamani o altro.                                                                         |
| ICA                      | Infezioni Correlate all'Assistenza                                                                                                                                                                                                                                                |
| Lavaggio delle mani      | Lavaggio delle mani con acqua e sapone o altri detergenti con agenti antisettici.                                                                                                                                                                                                 |
| Prodotto a base alcolica | Una preparazione contenente alcol (liquida, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di ridurre la crescita dei microorganismi. Queste preparazioni possono contenere uno o più tipi di alcol assieme a eccipienti, altri ingredienti attivi e umettanti. |

**NB:** Il materiale presentato è stato tradotto da documenti OMS e adattato al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>

**Prima parte**

|          |                                                                                          |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1        | DATA DI COMPILAZIONE<br>(GG/MM/AAAA)                                                     |                                                       | ___/___/___                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |
| 2        | STRUTTURA                                                                                |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |
| 3        | REPARTO/AMBULATORIO                                                                      |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |
| 4        | SESSO                                                                                    | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 5                                                                                                                                                                                                                                                          | ETÀ<br>(NN)                                             |
|          |                                                                                          |                                                       | 6                                                                                                                                                                                                                                                          | ANZIANITÀ LAVORATIVA (NN)                               |
| 7<br>10  | QUALIFICA                                                                                |                                                       | <input type="checkbox"/> Infermiera/e<br><input type="checkbox"/> Ostetrica/o<br><input type="checkbox"/> Medico<br><input type="checkbox"/> Studente medicina<br><input type="checkbox"/> Terapista<br><input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____ |                                                         |
|          |                                                                                          |                                                       | <input type="checkbox"/> Operatore di supporto<br><input type="checkbox"/> Studente scienze infermieristiche/ostetriche<br><input type="checkbox"/> Specialista in formazione<br><input type="checkbox"/> Tecnico                                          |                                                         |
| 8<br>11  | AREA ASSISTENZIALE                                                                       |                                                       | <input type="checkbox"/> Medicina interna<br><input type="checkbox"/> Chirurgia<br><input type="checkbox"/> Terapia intensiva<br><input type="checkbox"/> Emergenza<br><input type="checkbox"/> Ostetricia/Ginecologia                                     |                                                         |
|          |                                                                                          |                                                       | <input type="checkbox"/> Pediatria/Neonatologia<br><input type="checkbox"/> Riabilitazione/Lungodegenza<br><input type="checkbox"/> Attività ambulatoriale<br><input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____                                           |                                                         |
| 9<br>12  | NEGLI ULTIMI TRE ANNI SEI STATO FORMATO SULL'IGIENE DELLE MANI?                          |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |
| 10<br>13 | USI REGOLARMENTE SOLUZIONI A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?                      |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |
| 11<br>14 | QUAL È, SECONDO TE, LA PERCENTUALE MEDIA DI PAZIENTI CHE SVILUPPANO UNA ICA?             |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                            | _____ %<br><input type="checkbox"/> Non so              |
| 12<br>15 | IN GENERALE, QUALE RITIENI CHE SIA L'IMPATTO DELLE ICA SUGLI ESITI CLINICI DEL PAZIENTE? |                                                       | <input type="checkbox"/> molto basso<br><input type="checkbox"/> basso<br><input type="checkbox"/> alto<br><input type="checkbox"/> molto alto                                                                                                             |                                                         |
| 13<br>16 | QUAL È L'EFFICACIA DELL'IGIENE DELLE MANI NELLA PREVENZIONE DELLE ICA?                   |                                                       | <input type="checkbox"/> molto basso<br><input type="checkbox"/> basso<br><input type="checkbox"/> alto<br><input type="checkbox"/> molto alto                                                                                                             |                                                         |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                              |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14<br>17 | QUAL È L'IMPORTANZA CHE LA TUA STRUTTURA DÀ ALL'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> bassa priorità<br><input type="checkbox"/> media priorità<br><input type="checkbox"/> alta priorità<br><input type="checkbox"/> priorità molto alta |
| 15<br>18 | SECONDO TE QUAL È LA PERCENTUALE MEDIA DI SITUAZIONI IN CUI GLI OPERATORI SANITARI DELLA TUA STRUTTURA PRATICANO CORRETTAMENTE L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                       | <div style="text-align: right;">____ %</div> <input type="checkbox"/> Non so                                                                                                 |
| 16<br>19 | SECONDO TE QUALI, FRA LE AZIONI DI SEGUITO ELENCAE, SONO PIÙ EFFICACI PER MIGLIORARE IN MODO PERMANENTE LA PRATICA DELLA IGIENE DELLE MANI NELLA TUA STRUTTURA?                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                              |
|          | a) Supporto della Direzione e dei Responsabili UUOO e Coordinatori infermieristici nella promozione dell'igiene delle mani:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE |                                                                                                                                                                              |
|          | b) Disponibilità di soluzione alcolica a ogni punto di assistenza:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                          |                                                                                                                                                                              |
|          | c) Manifesti e altri promemoria affissi nei punti di assistenza:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                            |                                                                                                                                                                              |
|          | d) Formazione specifica per ogni operatore sanitario:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                                       |                                                                                                                                                                              |
|          | e) Istruzioni chiare e semplici sull'igiene delle mani visibili per ogni operatore sanitario:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                               |                                                                                                                                                                              |
|          | f) Fornire un feedback regolare agli operatori sui loro comportamenti:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                      |                                                                                                                                                                              |
|          | g) Praticare sempre l'igiene delle mani e fare da buon esempio ai colleghi:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                 |                                                                                                                                                                              |
|          | h) Chiedere ai pazienti di ricordare agli operatori di praticare l'igiene delle mani:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                       |                                                                                                                                                                              |
| 17<br>20 | QUALE IMPORTANZA VIENE DATA DAL RESPONSABILE DEL TUO REPARTO AL FATTO CHE TU PRATICHI L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                              |
| 18<br>21 | NESSUNA IMPORTANZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMA IMPORTANZA                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |
|          | QUALE IMPORTANZA VIENE DATA DAI TUOI COLLEGHI AL FATTO CHE TU PRATICHI L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                              |
| 19<br>22 | NESSUNA IMPORTANZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMA IMPORTANZA                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |
|          | QUALE IMPORTANZA VIENE DATA DAI PAZIENTI AL FATTO CHE TU PRATICHI L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                              |
|          | NESSUNA IMPORTANZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMA IMPORTANZA                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |

|          |                                                                                                                                                                                       |         |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 20<br>23 | QUAL È LO SFORZO CHE DEVI FARE PER PRATICARE CORRETTAMENTE L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                       |         |
|          | NESSUNO SFORZO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UN GRANDE SFORZO |         |
| 21<br>24 | SECONDO TE QUAL È LA PERCENTUALE DELLE VOLTE IN CUI TU PRATICHI CORRETTAMENTE L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                    | _____ % |

Seconda parte

|          |                                                                                                                                                                                                                         |  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 22<br>25 | L'USO DELLA SOLUZIONE A BASE ALCOLICA FACILITA LA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI DURANTE LA TUA ATTIVITÀ QUOTIDIANA?                                                                                                    |  |
|          | ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO                                       |  |
| 23<br>26 | TOLLERI BENE L'USO DELLA SOLUZIONE A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                             |  |
|          | ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO BENE                                       |  |
| 24<br>27 | CONOSCERE IL RISULTATO DELL'OSSERVAZIONE DELLA CORRETTA IGIENE DELLE MANI NEL TUO REPARTO, AIUTEREBBE TE E I TUOI COLLEGHI A MIGLIORARE I COMPORTAMENTI?                                                                |  |
|          | ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO                                       |  |
| 25<br>28 | LA PRESENZA DELL'OSSERVATORE TI PORTA A PRESTARE MAGGIOR ATTENZIONE ALLA PRATICA DELL'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                |  |
|          | ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO                                       |  |
| 26<br>29 | I CORSI DI FORMAZIONE A CUI HAI PARTECIPATO, HANNO MIGLIORATO I TUOI COMPORTAMENTI RELATIVAMENTE ALL'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                 |  |
|          | PER NIENTE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO                                             |  |
| 27<br>30 | RITIENI CHE LA DIREZIONE STRATEGICA SUPPORTI LE ATTIVITÀ DI MIGLIORAMENTO DELL'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                       |  |
|          | ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO                                       |  |
| 28<br>31 | IL MIGLIORAMENTO DELLA CULTURA DELLA SICUREZZA (SE SI È VERIFICATO IN SEGUITO ALL'ATTUAZIONE DELLA STRATEGIA DI PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI) TI HA AIUTATO A MIGLIORARE LA CORRETTA PRATICA DI IGIENE DELLE MANI? |  |
|          | ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO                                       |  |

|          |                                                                                                                                                                                                                   |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 29<br>32 | LA TUA CONSAPEVOLEZZA DEL RUOLO CHE SVOLGI NELLA PREVENZIONE DELLE<br>ICA<br>MIGLIORANDO LA PRATICA DI IGIENE DELLE MANI È AUMENTATA DOPO L'AT-<br>TUAZIONE DELLA STRATEGIA DI PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI? |
|          | ASSOLUTAMENTE NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMO        |

Grazie per il suo tempo!

**Allegato 8: Questionario sulla percezione degli operatori sanitari**

## PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

### Questionario sulla percezione degli operatori sanitari

Visto che la tua attività professionale di pone a contatto diretto e quotidiano con i pazienti, siamo interessati a conoscere la tua opinione sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'igiene delle mani.

La compilazione del questionario richiede circa 10 minuti. Ti chiediamo di:

- Scegliere una sola risposta per ogni domanda
- Per le risposte che riportano una scala di valori (ad es. da NON EFFICACE a MOLTO EFFICACE) ti chiediamo di mettere una croce sulla casella che rappresenta meglio la tua opinione fra i due estremi
- Leggere attentamente le domande prima di rispondere
- Le risposte e i risultati dei questionari saranno riservate e analizzate in forma aggregata

#### Breve glossario

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Frizione                 | Applicazione di un prodotto a base alcolica per ridurre o inibire la proliferazione dei microrganismi senza ricorrere a fonti idriche esterne e senza risciacquo né asciugatura con asciugamani o altro.                                                                          |
| ICA                      | Infezioni Correlate all'Assistenza                                                                                                                                                                                                                                                |
| Lavaggio delle mani      | Lavaggio delle mani con acqua e sapone o altri detergenti con agenti antisettici.                                                                                                                                                                                                 |
| Prodotto a base alcolica | Una preparazione contenente alcol (liquida, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di ridurre la crescita dei microorganismi. Queste preparazioni possono contenere uno o più tipi di alcol assieme a eccipienti, altri ingredienti attivi e umettanti. |

**NB:** Il materiale presentato è stato tradotto da documenti OMS e adattato al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo:

<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>

|          |                                                                                          |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1        | DATA DI COMPILAZIONE<br>(GG/MM/AAAA)                                                     |                                                       | ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 2        | STRUTTURA                                                                                |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |
| 3        | REPARTO/AMBULATORIO                                                                      |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |
| 4        | SESSO                                                                                    | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ETÀ<br>(NN)                                             |
|          |                                                                                          |                                                       | 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ANZIANITÀ LAVORATIVA (NN)                               |
| 7        | QUALIFICA                                                                                |                                                       | <input type="checkbox"/> Infermiera/e<br><input type="checkbox"/> Ostetrica/o<br><input type="checkbox"/> Medico<br><input type="checkbox"/> Studente medicina<br><input type="checkbox"/> Terapista<br><input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____                                                                                                                                                                                      |                                                         |
| 8        | AREA ASSISTENZIALE                                                                       |                                                       | <input type="checkbox"/> Operatore di supporto<br><input type="checkbox"/> Studente scienze infermieristiche/ostetriche<br><input type="checkbox"/> Specialista in formazione<br><input type="checkbox"/> Tecnico<br><br><input type="checkbox"/> Medicina interna<br><input type="checkbox"/> Chirurgia<br><input type="checkbox"/> Terapia intensiva<br><input type="checkbox"/> Emergenza<br><input type="checkbox"/> Ostetricia/Ginecologia |                                                         |
| 9        | NEGLI ULTIMI TRE ANNI SEI STATO FORMATO SULL'IGIENE DELLE MANI?                          |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |
| 10       | USI REGOLARMENTE SOLUZIONI A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?                      |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |
| 11       | QUAL È, SECONDO TE, LA PERCENTUALE MEDIA DI PAZIENTI CHE SVILUPPANO UNA ICA?             |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | _____ %<br><input type="checkbox"/> Non so              |
| 12       | IN GENERALE, QUALE RITIENI CHE SIA L'IMPATTO DELLE ICA SUGLI ESITI CLINICI DEL PAZIENTE? |                                                       | <input type="checkbox"/> molto basso<br><input type="checkbox"/> basso<br><input type="checkbox"/> alto<br><input type="checkbox"/> molto alto                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 13<br>16 | QUAL È L'EFFICACIA DELL'IGIENE DELLE MANI NELLA PREVENZIONE DELLE ICA?                   |                                                       | <input type="checkbox"/> molto basso<br><input type="checkbox"/> basso<br><input type="checkbox"/> alto<br><input type="checkbox"/> molto alto                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14 | QUAL È L'IMPORTANZA CHE LA TUA STRUTTURA DÀ ALL'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> bassa priorità<br><input type="checkbox"/> media priorità<br><input type="checkbox"/> alta priorità<br><input type="checkbox"/> priorità molto alta |
|    | SECONDO TE QUAL È LA PERCENTUALE MEDIA DI SITUAZIONI IN CUI GLI OPERATORI SANITARI DELLA TUA STRUTTURA PRATICANO L'IGIENE DELLE MANI QUANDO È RICHIESTA?                                                                                                                                                                                  | _____ %<br><input type="checkbox"/> Non so                                                                                                                                   |
| 16 | SECONDO TE QUALI, FRA LE AZIONI DI SEGUITO ELENcate, SONO PIÙ EFFICACI PER MIGLIORARE IN MODO PERMANENTE LA PRATICA DELLA IGIENE DELLE MANI NELLA TUA STRUTTURA?                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                              |
|    | a) Supporto della Direzione e dei Responsabili UUOO e Coordinatori infermieristici nella promozione dell'igiene delle mani:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE |                                                                                                                                                                              |
|    | b) Disponibilità di soluzione alcolica a ogni punto di assistenza:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                          |                                                                                                                                                                              |
|    | c) Manifesti e altri promemoria affissi nei punti di assistenza:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                            |                                                                                                                                                                              |
|    | d) Formazione specifica per ogni operatore sanitario:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                                       |                                                                                                                                                                              |
|    | e) Istruzioni chiare e semplici sull'igiene delle mani sono visibili a ogni operatore sanitario:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                            |                                                                                                                                                                              |
|    | f) Fornire un feedback regolare agli operatori sui loro comportamenti:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                      |                                                                                                                                                                              |
|    | g) Praticare sempre l'igiene delle mani e fare da buon esempio ai colleghi:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                 |                                                                                                                                                                              |
|    | h) Invitare i pazienti a ricordare agli operatori di praticare l'igiene delle mani:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                         |                                                                                                                                                                              |
| 17 | QUALE IMPORTANZA VIENE DATA DAL RESPONSABILE DEL TUO REPARTO AL FATTO CHE TU PRATICHI L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                              |
|    | NESSUNA IMPORTANZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMA IMPORTANZA                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |
| 18 | QUALE IMPORTANZA VIENE DATA DAI TUOI COLLEGHI AL FATTO CHE TU PRATICHI L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                              |
|    | NESSUNA IMPORTANZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMA IMPORTANZA                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |
| 19 | QUALE IMPORTANZA VIENE DATA DAI PAZIENTI AL FATTO CHE TU PRATICHI L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                              |
|    | NESSUNA IMPORTANZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTISSIMA IMPORTANZA                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |

|    |                                                                                                                                                                                       |         |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 20 | QUALE SFORZO DEVI FARE PER PRATICARE CORRETTAMENTE L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                               |         |
|    | NESSUNO SFORZO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UN GRANDE SFORZO |         |
| 21 | SECONDO TE QUAL È, IN MEDIA, LA PERCENTUALE DI SITUAZIONI IN CUI PRATICHI CORRETTAMENTE L'IGIENE DELLE MANI?                                                                          | _____ % |

Grazie per il suo tempo!

**Allegato 9: Questionario sulla percezione dei responsabili di reparto e dei coordinatori infermieristici**

## PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

### Questionario sulla percezione dei responsabili di reparto e dei coordinatori infermieristici

Visto il tuo ruolo gestionale, siamo interessati a conoscere la tua opinione sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'igiene delle mani.

La compilazione del questionario richiede circa 10 minuti. Ti chiediamo di:

- Scegliere una sola risposta per ogni domanda
- Per le risposte che riportano una scala di valori (ad es. da NON EFFICACE a MOLTO EFFICACE) ti chiediamo di mettere una croce sulla casella che rappresenta meglio la tua opinione fra i due estremi
- Leggere attentamente le domande prima di rispondere
- Le risposte e i risultati dei questionari saranno riservate e analizzate in forma aggregata

#### Breve glossario

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Frizione                 | Applicazione di un prodotto a base alcolica per ridurre o inibire la proliferazione dei microrganismi senza ricorrere a fonti idriche esterne e senza risciacquo né asciugatura con asciugamani o altro.                                                                          |
| ICA                      | Infezioni Correlate all'Assistenza                                                                                                                                                                                                                                                |
| Lavaggio delle mani      | Lavaggio delle mani con acqua e sapone o altri detergenti con agenti antisettici.                                                                                                                                                                                                 |
| Prodotto a base alcolica | Una preparazione contenente alcol (liquida, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di ridurre la crescita dei microorganismi. Queste preparazioni possono contenere uno o più tipi di alcol assieme a eccipienti, altri ingredienti attivi e umettanti. |

**NB:** Il materiale presentato è stato tradotto da documenti OMS e adattato al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo  
<http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>

Prima parte

|    |                                                                                                             |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1  | DATA DI COMPILAZIONE<br>(GG/MM/AAAA)                                                                        |                                                       | ___/___/___                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |
| 2  | STRUTTURA                                                                                                   |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |
| 3  | REPARTO/AMBULATORIO                                                                                         |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |
| 4  | SESSO                                                                                                       | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ETÀ<br>(NN)                                             |
|    |                                                                                                             |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 6                                                       |
|    |                                                                                                             |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ANZIANITÀ LAVORATIVA (NN)                               |
| 7  | RUOLO<br>ATTUALMENTE RICOPERTO                                                                              |                                                       | <input type="checkbox"/> Direttore Dipartimento<br><input type="checkbox"/> Direttore UOC<br><input type="checkbox"/> Responsabile UOS<br><input type="checkbox"/> Coordinatore infermieristico<br>ANZIANITÀ LAVORATIVA NELLA STRUTTURA (anni): _____<br>ANZIANITÀ LAVORATIVA NEL RUOLO ATTUALE (anni): _____ |                                                         |
| 8  | HAI PRECEDENTI ESPERIENZE NELLA CONDUZIONE DI UNA CAMPAGNA PER LA PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI?        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |
| 9  | NELLA TUA STRUTTURA È DISPONIBILE SOLUZIONE A BASE ALCOLICA PER L'IGIENE DELLE MANI?                        |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |
| 10 | QUAL È, SECONDO TE, LA PERCENTUALE MEDIA DI PAZIENTI CHE SVILUPPANO UNA ICA?                                |                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | _____ %<br><input type="checkbox"/> Non so              |
| 11 | IN GENERALE, QUALE RITIENI CHE SIA L'IMPATTO DELLE ICA SUGLI ESITI CLINICI DEL PAZIENTE?                    |                                                       | <input type="checkbox"/> molto basso<br><input type="checkbox"/> basso<br><input type="checkbox"/> alto<br><input type="checkbox"/> molto alto                                                                                                                                                                |                                                         |
| 12 | IN GENERALE, QUALE RITIENI CHE SIA L'IMPATTO ECONOMICO DELLE ICA SULLA STRUTTURA?                           |                                                       | <input type="checkbox"/> molto basso<br><input type="checkbox"/> basso<br><input type="checkbox"/> alto<br><input type="checkbox"/> molto alto                                                                                                                                                                |                                                         |
| 13 | QUAL È L'EFFICACIA DELL'IGIENE DELLE MANI NELLA PREVENZIONE DELLE ICA?                                      |                                                       | <input type="checkbox"/> molto bassa<br><input type="checkbox"/> bassa<br><input type="checkbox"/> alta<br><input type="checkbox"/> molto alta                                                                                                                                                                |                                                         |
| 14 | FRA TUTTI GLI ASPETTI LEGATI ALLA SICUREZZA DEL PAZIENTE, QUAL È LA PRIORITÀ CHE DAI ALL'IGIENE DELLE MANI? |                                                       | <input type="checkbox"/> bassa priorità<br><input type="checkbox"/> media priorità<br><input type="checkbox"/> alta priorità<br><input type="checkbox"/> priorità molto alta                                                                                                                                  |                                                         |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 15 | SECONDO TE QUAL È LA PERCENTUALE MEDIA DI SITUAZIONI IN CUI GLI OPERATORI SANITARI DELLA TUA STRUTTURA PRATICANO L'IGIENE DELLE MANI QUANDO È RICHIESTA?                                                                                                                                                                                  | _____ %<br><input type="checkbox"/> Non so                 |
|    | IL PERSONALE ESPERTO (MEDICO E INFERMIERISTICO) RAPPRESENTA UN BUON ESEMPIO PER LA PROMOZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                                                     |                                                            |
| 16 | NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTTIMO ESEMPIO                                                                                                                                          |                                                            |
| 17 | NEL TUO DIPARTIMENTO/REPARTO, I PAZIENTI VENGONO REGOLARMENTE INFORMATI SULL'IMPORTANZA DELLA CORRETTA IGIENE DELLE MANI DURANTE IL RICOVERO?                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> SÌ<br><input type="checkbox"/> NO |
| 18 | COME GIUDICHI LO SFORZO RICHIESTO AGLI OPERATORI SANITARI DEL TUO DIPARTIMENTO/REPARTO PER PRATICARE CORRETTAMENTE L'IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                                   |                                                            |
| 19 | NESSUNO SFORZO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UN GRANDE SFORZO                                                                                                                            |                                                            |
|    | QUALE IMPORTANZA VIENE DATA DAGLI OPERATORI DEL TUO DIPARTIMENTO/REPARTO AI TUOI RICHIAMI ALLA CORRETTA IGIENE DELLE MANI?                                                                                                                                                                                                                |                                                            |
|    | POCA IMPORTANZA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTA IMPORTANZA                                                                                                                           |                                                            |
| 20 | SECONDO TE QUALI, FRA LE AZIONI DI SEGUITO ELENcate, SONO PIÙ EFFICACI PER MIGLIORARE IN MODO PERMANENTE LA PRATICA DELLA IGIENE DELLE MANI NEL TUO DIPARTIMENTO/REPARTO?                                                                                                                                                                 |                                                            |
|    | a) Supporto della Direzione e dei Responsabili UUOO e Coordinatori infermieristici nella promozione dell'igiene delle mani:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE |                                                            |
|    | b) Disponibilità di soluzione alcolica a ogni punto di assistenza:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                          |                                                            |
|    | c) Manifesti e altri promemoria affissi nei punti di assistenza:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                            |                                                            |
|    | d) Formazione specifica per ogni operatore sanitario:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                                       |                                                            |
|    | e) Istruzioni chiare e semplici sull'igiene delle mani sono visibili a ogni operatore sanitario:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                            |                                                            |
|    | f) Fornire un feedback regolare agli operatori sui loro comportamenti:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                                      |                                                            |
|    | g) Corretta igiene delle mani da parte degli operatori esperti per essere di buon esempio ai colleghi:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                      |                                                            |
|    | h) Invitare i pazienti a ricordare agli operatori di praticare l'igiene delle mani:<br>NON EFFICACE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOLTO EFFICACE                                         |                                                            |



**PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI**

**SCHEDA DI OSSERVAZIONE**

|                    |  |                          |       |                        |  |
|--------------------|--|--------------------------|-------|------------------------|--|
| Ospedale/Struttura |  | Periodo n.               |       | Sessione n.            |  |
| Dipartimento       |  | Data (GG/MM/AAAA)        | / /   | Osservatore (Iniziali) |  |
| Reparto            |  | Inizio/Fine (HH:MM)      | : / : | Scheda n.              |  |
| Servizio           |  | Durata Sessione (minuti) |       | Città                  |  |

| Prof.cat |                                                                                                                                                                                     | Prof.cat                                                                                                                                    |      | Prof.cat                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                             | Prof.cat |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Codice   |                                                                                                                                                                                     | Codice                                                                                                                                      |      | Codice                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                             | Codice   |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |
| Num.     |                                                                                                                                                                                     | Num.                                                                                                                                        |      | Num.                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                             | Num.     |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                             |
| Opp.     | Indicazione                                                                                                                                                                         | Azione                                                                                                                                      | Opp. | Indicazione                                                                                                                                                                         | Azione                                                                                                                                      | Opp.     | Indicazione                                                                                                                                                                         | Azione                                                                                                                                      |
| 1        | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti | 1    | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti | 1        | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti |
| 2        | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti | 2    | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti | 2        | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti |
| 3        | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti | 3    | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti | 3        | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti |
| 4        | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti | 4    | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti | 4        | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti |
| 5        | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti | 5    | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti | 5        | <input type="checkbox"/> pr-cont<br><input type="checkbox"/> pr-aseps<br><input type="checkbox"/> dp-fluido<br><input type="checkbox"/> dp-cont<br><input type="checkbox"/> dp-circ | <input type="checkbox"/> frizione<br><input type="checkbox"/> lavaggio<br><input type="checkbox"/> nulla<br><input type="checkbox"/> guanti |

|   |                                    |                                   |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| 6 | <input type="checkbox"/> pr-cont.  | <input type="checkbox"/> frizione |
|   | <input type="checkbox"/> pr-aseps  | <input type="checkbox"/> lavaggio |
|   | <input type="checkbox"/> dp-fluido | <input type="checkbox"/> nulla    |
|   | <input type="checkbox"/> dp-cont   | <input type="checkbox"/> guanti   |
|   | <input type="checkbox"/> dp-circ   |                                   |
| 7 | <input type="checkbox"/> pr-cont   | <input type="checkbox"/> frizione |
|   | <input type="checkbox"/> pr-aseps  | <input type="checkbox"/> lavaggio |
|   | <input type="checkbox"/> dp-fluido | <input type="checkbox"/> nulla    |
|   | <input type="checkbox"/> dp-cont   | <input type="checkbox"/> guanti   |
|   | <input type="checkbox"/> dp-circ   |                                   |
| 8 | <input type="checkbox"/> pr-cont   | <input type="checkbox"/> frizione |
|   | <input type="checkbox"/> pr-aseps  | <input type="checkbox"/> lavaggio |
|   | <input type="checkbox"/> dp-fluido | <input type="checkbox"/> nulla    |
|   | <input type="checkbox"/> dp-cont   | <input type="checkbox"/> guanti   |
|   | <input type="checkbox"/> dp-circ   |                                   |

### Regole generali

1. Presentati agli operatori sanitari ed ai pazienti che verranno osservati e spiega i motivi della tua presenza.
2. Puoi osservare fino a 3 operatori sanitari contemporaneamente, se il tipo di attività lo consente.
3. Puoi includere più operatori sanitari in modo sequenziale durante ciascuna sessione di osservazione.
4. Posizionati in un luogo adeguato, per poter osservare senza disturbare le attività assistenziali; puoi anche muoverti per seguire gli operatori, senza, però, mai interferire con il loro lavoro. Alla fine della sessione, comunque, puoi informare gli operatori su ciò che hai osservato.

### Come usare la scheda

1. Usa una matita per compilare la scheda e una gomma per cancellare; usa un supporto rigido per la scheda (durante le osservazioni).
2. Per prima cosa compila l'intestazione della scheda (ad eccezione dell'orario di fine e della durata della sessione).
3. Quando registri la prima opportunità per l'igiene delle mani, riporta l'informazione corrispondente (indicazione/i, azione) nella prima delle caselle numerate delle opportunità, che trovi procedendo dall'alto verso il basso. Registra le informazioni nella colonna corrispondente alla categoria professionale alla quale appartiene l'operatore che stai osservando in quel momento.
4. Ogni opportunità di igiene delle mani deve essere registrata in una riga di ciascuna colonna; le colonne sono indipendenti le une dalle altre.
5. Indica l'opzione corretta barrando il piccolo quadrato o il piccolo cerchio corrispondente (barrando il quadrato puoi scegliere più di una opzione, barrando il cerchio solo una).
6. Nel caso in cui una opportunità di igiene delle mani risponda a più di una indicazione, barra ciascuno dei quadrati corrispondenti alle indicazioni corrispondenti.
7. Per ciascuna opportunità, registra sempre quale azione è stata eseguita o se non è stato fatto nulla.
8. Non dimenticare di indicare l'ora di fine della sessione di osservazione, la durata di questa e di controllare la scheda prima di restituirla. Breve descrizione dei campi

|                 |                                                                                                   |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Città           | Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)                                               |
| Ospedale        | Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)                                               |
| Osservatore     | Iniziali (Cognome e Nome),                                                                        |
| Data            | 2 numeri per giorno e mese, 4 numeri per l'anno                                                   |
| Inizio/Fine     | 2 numeri per ora e minuti,                                                                        |
| Durata Sessione | Calcolare la differenza in minuti tra ora di inizio e ora di fine della sessione di osservazione, |
| Periodo n.      | In accordo con la propria numerazione                                                             |
| Sessione n.     | In accordo con la propria numerazione                                                             |
| Scheda n.       | Numero di pagina,                                                                                 |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dipartimento            | Registrare secondo la seguente classificazione:<br>• Medico (include dermatologia, neurologia, ematologia, <input type="checkbox"/> Chirurgico (incluso ORL, oculistica, neuro-chirurgia, ecc.) ecc.)<br>• Misto (medico & chirurgico) <input type="checkbox"/> Ostetrico-ginecologico <input type="checkbox"/> Pediatrico (inclusa la chirurgia pe-<br>diatrica), <input type="checkbox"/> Terapia intensiva<br>• Pronto Soccorso <input type="checkbox"/> Lungodegenza, riabilitazione<br>• Ambulatorio <input type="checkbox"/> Altro (specificare)                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                       |
| Servizio e Re-<br>parto | In accordo con la denominazione della struttura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |
| Prof. cat.              | Registrare secondo la seguente classificazione:<br>1. Infermiere-a/ostetrico-a      1.1 Infermiere-a; 1.2 Ostetrico-a; 1.3 Studente.<br>2. Operatore di supporto all'assistenza (operatore sanitario specializzato -OSS; operatore tecnico dell'assi-<br>stenza- OTA;operatore socio-sanitario specializzato-OSSS)<br>3. Medico      3.1 Medico; 3.2 Chirurgo; 3.3 Anestesista; 3.4 Pediatra; 3.5 Altro; 3.6 Stu-<br>dente.<br>4. Altro operatore sanitario      4.1 terapeuta (fisioterapista, terapeuta occupazionale, tecnico di audiometria,<br>logopedista); 4.2 tecnico (radiologo, tecnico di cardiologia, di sala operatoria, di laboratorio); 4.3 altro (dietista, odontotecnico, dentista, operatore so-<br>ciale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali). |                                                                                                                       |
| Num.                    | Registra il numero di operatori sanitari osservati, appartenenti ad una stessa categoria professionale (codice uguale), man mano che entrano nel campo di osservazione.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |
| Opp.                    | Viene definita come presenza di almeno un'indicazione all'igiene delle mani.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                       |
| Indicazione             | pr-cont: prima di un contatto con il paziente pr-<br>aseps.: prima di una manovra pulita/asettica dp-<br>fluido: dopo esposizione a liquidi biologici                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | dp-cont.: dopo un contatto con il paziente<br>dp-circ.: dopo un contatto con l'ambiente che cir-<br>conda il paziente |
| Azione                  | indica cosa è stato fatto in risposta ad un'indicazione all'igiene delle mani:<br>Frizione: quando l'igiene delle mani viene effettuata mediante frizione con un prodotto a base alcolica,<br>Lavaggio: quando l'igiene delle mani viene effettuata mediante il lavaggio con acqua e sa-<br>pone, Nulla: quando non viene effettuata nessuna azione<br>Guanti: l'operatore indossa i guanti                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                       |

### SCHEDA DI CALCOLO

|                    |  |                             |                 |                           |  |
|--------------------|--|-----------------------------|-----------------|---------------------------|--|
| Ospedale/Struttura |  |                             |                 | Periodo n.                |  |
| Dipartimento       |  | Data<br>(GG/MM/AAAA)        | ___/___/___     | Osservatore<br>(Iniziali) |  |
| Reparto            |  | Inizio/Fine<br>(HH:MM)      | ___:___/___:___ | Scheda n.                 |  |
| Servizio           |  | Durata Sessione<br>(minuti) |                 | Città                     |  |

| Sessione n. | Categorie professionali |        |           |        |           |        |           |        | Totale delle sessioni |  |
|-------------|-------------------------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------------------|--|
|             | Prof.cat.               |        | Prof.cat. |        | Prof.cat. |        | Prof.cat. |        |                       |  |
|             | Codice                  |        | Codice    |        | Codice    |        | Codice    |        |                       |  |
|             | OPP.                    | AZIONE | OPP.      | AZIONE | OPP.      | AZIONE | OPP.      | AZIONE |                       |  |
| 1           |                         |        |           |        |           |        |           |        |                       |  |

|                                                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 2                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9                                                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 22                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Totale per categoria                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adesione (%)<br>totale<br>azioni/totale opportunità*100 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Istruzioni per l'uso**

1. Verifica i dati raccolti nella scheda di osservazione. Calcola la somma delle opportunità e delle azioni per ogni categoria professionale da ogni sessione di osservazione e copia il risultato sulla riga corrispondente al numero della sessione.
2. Calcola la somma delle opportunità e la somma delle azioni lungo la riga per ottenere la somma totale per ogni sessione.
3. Calcola la somma delle opportunità e la somma delle azioni di tutte le sessioni e calcola l'adesione complessiva applicando la formula qui sopra esposta.
4. Calcola la somma delle opportunità e delle azioni di ogni categoria professionale e calcola l'adesione per categoria applicando la formula dell'adesione. Completa i risultati della riga "adesione" e di ogni colonna "totale per categoria".

**SCHEDA DI CALCOLO OPZIONALE**

|                    |  |            |  |
|--------------------|--|------------|--|
| Ospedale/Struttura |  | Periodo n. |  |
|--------------------|--|------------|--|

|              |  |                             |                |                           |  |
|--------------|--|-----------------------------|----------------|---------------------------|--|
| Dipartimento |  | Data<br>(GG/MM/AAAA)        | ___/___/___    | Osservatore<br>(Iniziali) |  |
| Reparto      |  | Inizio/Fine<br>(HH:MM)      | __:__ / __:__: | Scheda n.                 |  |
| Servizio     |  | Durata Sessione<br>(minuti) |                | Città                     |  |

| Sessione n.                                                | Indicazione di igiene delle mani |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------|----------|--------|-----------|--------|---------|--------|---------|--------|
|                                                            | pr- cont                         |        | pr-aseps |        | dp-fluido |        | dp-cont |        | dp-circ |        |
|                                                            | n.                               | AZIONE | n.       | AZIONE | n.        | AZIONE | n.      | AZIONE | n.      | AZIONE |
| 1                                                          |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 2                                                          |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 3                                                          |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 4                                                          |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 5                                                          |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 6                                                          |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 7                                                          |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 8                                                          |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 9                                                          |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 10                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 11                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 12                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 13                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 14                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 15                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 16                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 17                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 18                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 19                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 20                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 21                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 22                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 23                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 24                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| 25                                                         |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| Totale per indicazione                                     |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |
| Adesione (%)<br>totale<br>azioni/totale n. indicazioni*100 |                                  |        |          |        |           |        |         |        |         |        |

Istruzioni per l'uso

1. Verifica i dati raccolti nella scheda di osservazione. Calcola e copia la somma delle indicazioni e delle corrispondenti azioni per ogni sezione di osservazione
2. Se molte indicazioni si verificano nella stessa opportunità, ognuna dovrebbe essere considerata separatamente con la corrispondente azione.
3. Applica la formula dell'adesione per calcolare la *compliance* per ogni indicazione e copia il risultato nella riga "adesione" della colonna corrispondente.

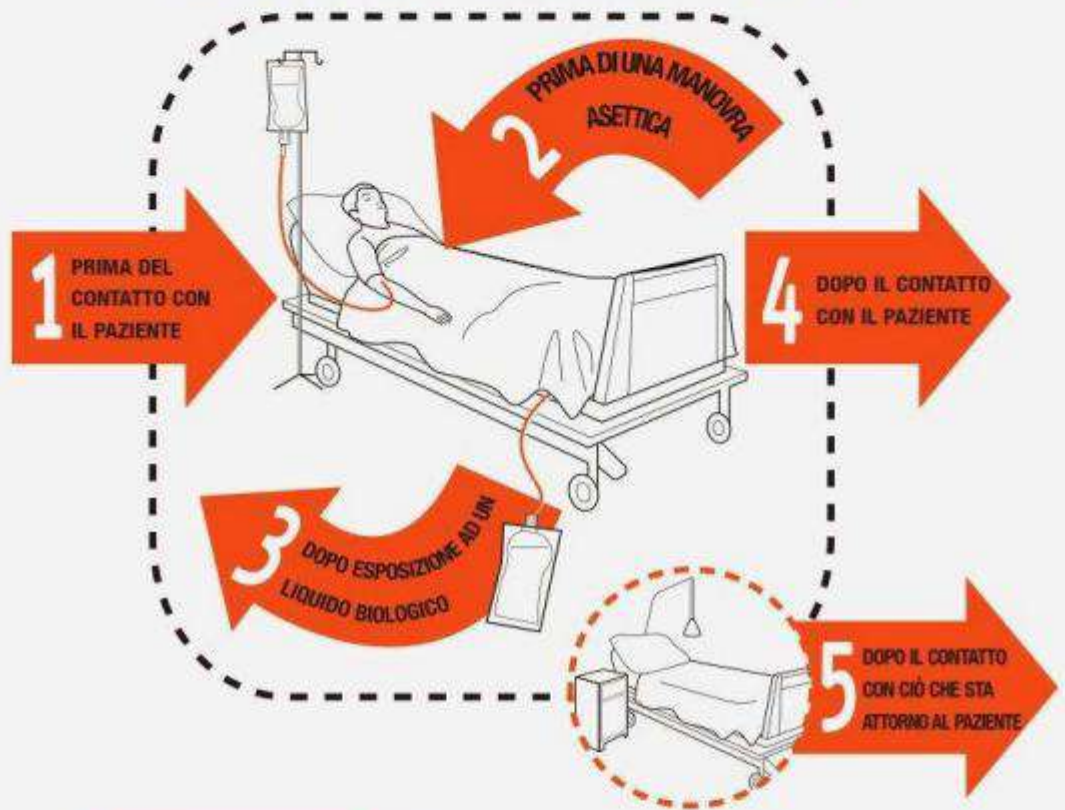
Nota: Questo calcolo non è esattamente un risultato di adesione/osservanza, in quanto il denominatore della formula è l'indicazione e non l'opportunità. L'azione è sovrastimata in maniera artificiale per ogni indicazione. Comunque, il risultato fornisce una stima complessiva sul comportamento dei professionisti rispetto ad ogni tipo di indicazione.

Allegato 11: Locandina “i cinque momenti a letto del paziente”



# I 5 momenti fondamentali per L'IGIENE DELLE MANI





|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b> PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE                   | <b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini.<br><b>PERCHÉ?</b> Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni presenti sulle tue mani.                                                                                                                   |
| <b>2</b> PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA                        | <b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica.<br><b>PERCHÉ?</b> Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.                                                                                        |
| <b>3</b> DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO             | <b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti).<br><b>PERCHÉ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.                                                                               |
| <b>4</b> DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE                     | <b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza.<br><b>PERCHÉ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.                                                                          |
| <b>5</b> DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE | <b>QUANDO?</b> Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente - anche in assenza di un contatto diretto con il paziente.<br><b>PERCHÉ?</b> Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni. |

**WORLD ALLIANCE  
for  
PATIENT SAFETY**

WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.  
October 2006, version 1.



**World Health  
Organization**

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

**Allegato 12: Locandina “come praticare l’igiene delle mani con soluzione alcolica”**



**Allegato 13: Locandina “come praticare l’igiene delle mani con acqua e sapone”**



## Come lavarsi le mani con acqua e sapone?



**LAVA LE MANI CON ACQUA E SAPONE, SOLTANTO SE VISIBILMENTE SPORCHE! ALTRIMENTI, SCEGLI LA SOLUZIONE ALCOLICA!**



Durata dell'intera procedura: **40-60 secondi**



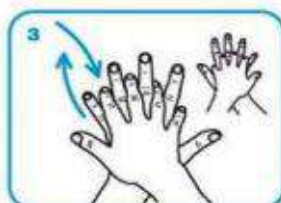
Bagna le mani con l'acqua.



applica una quantità di sapone sufficiente per coprire tutta la superficie delle mani



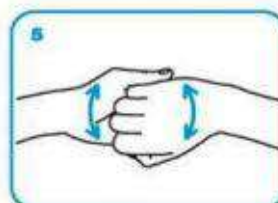
friziona le mani palmo contro palmo



il palmo destro sopra il dorso sinistro intrecciando le dita tra loro e viceversa



palmo contro palmo intrecciando le dita tra loro



dorso delle dita contro il palmo opposto tenendo le dita strette tra loro



frizione rotazionale del pollice sinistro stretto nel palmo destro e viceversa



frizione rotazionale, in avanti ed indietro con le dita della mano destra strette tra loro nel palmo sinistro e viceversa



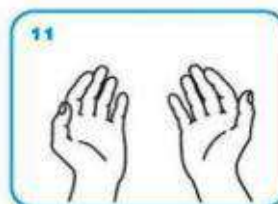
Risciacqua le mani con l'acqua



asciuga accuratamente con una salvietta monouso



usa la salvietta per chiudere il rubinetto



...una volta asciutte, le tue mani sono sicure.

**WORLD ALLIANCE**  
**for PATIENT SAFETY**

WHO acknowledges the Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), in particular the members of the Infection Control Programme, for their active participation in developing this material.  
October 2006, version 1.

**World Health Organization**

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this document. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use.

Image: David Hoggan / iStockphoto

## **Allegato 2: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI 2026 ASL ROMA 5**

La ASL Roma 5, con delibera aziendale n. 1279 del 4 novembre 2024, ha costituito il *team* dedicato alla prevenzione e controllo della legionellosi nominando un sottogruppo operativo all'interno del Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CC-ICA) al fine di rendere operativo quanto previsto dalla DGR Lazio n. 460 del 26 giugno 2024 "Approvazione delle Linee di Indirizzo Regionali per la Prevenzione, Sorveglianza ed il Controllo della Legionellosi" e recepito con delibera aziendale n.1248 del 28 ottobre 2024.

Inoltre, come da indicazioni ricevute nell'ambito del tavolo permanente dei CCI-CA tenutosi all'INMI L. Spallanzani, la ASL Roma 5, nell'ottica di adottare una strategia intersettoriale integrata fra settore umano, veterinario e ambientale secondo un approccio *One Health*, è coinvolta nel progetto di acquisizione di una specifica piattaforma composta da almeno 8 moduli e si riserva la possibilità di valutare l'acquisizione di ulteriori moduli.

Per quanto concerne la linea di attività di valutazione e implementazione della gestione del rischio clinico da Legionellosi, la ASL Roma 5 ha avviato, in data 4 giugno 2025 con delibera n.975, una consulenza scientifica biennale in materia di prevenzione e controllo del rischio legionellosi per pazienti e lavoratori presso i cinque Presidi Ospedalieri Aziendali (Presidi Ospedalieri di Tivoli, Subiaco, Monterotondo, Colleferro e Palestrina), i sei distretti Sanitari e le due Case della Salute con il Dipartimento di Salute Pubblica e Malattie Infettive Sapienza Università di Roma. Secondo quanto stabilito dalla convenzione, il Dipartimento sta procedendo a:

- sopralluoghi ad hoc per identificare i sistemi di distribuzione idrica e aeraulica delle strutture sopra indicate, con il supporto degli uffici tecnici aziendali;
- sopralluoghi ad hoc per censire le attività di prevenzione in atto presso ciascuna delle strutture sopra indicate, con il supporto dei responsabili aziendali;
- valutazione delle risultanze dei controlli periodici sulla qualità delle acque distribuite presso le strutture sopra indicate dell'Azienda;
- valutazione degli eventuali casi di legionellosi verificatisi tra i pazienti e/o il personale dipendente e/o assimilato dell'Azienda;
- indicazioni di eventuali non conformità e indicazioni per la loro risoluzione mediante azioni correttive ad Hoc;

- redazione, per ogni struttura, dei documenti gestionali “Procedura per la valutazione, gestione e controllo del rischio Legionellosi” e “Istruzione operativa per il monitoraggio della Legionella”;
- partecipazione agli incontri del Gruppo di Lavoro aziendale costituito ai sensi della DGR n.460 del 28 giugno 2024 anche al fine di fornire un supporto tecnico e formativo.

Nel mese di maggio 2026 terminerà la prima fase di valutazione delle strutture sanitarie sopra elencate, ma nel frattempo, da parte del Dipartimento, sono state presentate ai referenti aziendali le relazioni sui monitoraggi già eseguiti che riportano le criticità rilevate e le azioni di miglioramento da effettuare. Sulla base di tali indicazioni è in corso di implementazione un piano di miglioramento specifico nel rispetto delle normative vigenti e della procedura aziendale di prevenzione e controllo della Legionellosi.

Per dare seguito ai necessari monitoraggi di verifica sull'efficacia delle misure di controllo messe in atto per la legionellosi, con delibera aziendale n. 962 del 28 maggio 2025, l'Azienda Sanitaria ASL Roma 5 ha stipulato una convenzione con l'ARPA Lazio per l'effettuazione delle attività di controllo e monitoraggio del rischio biologico da legionella presso i cinque Presidi Ospedalieri Aziendali, i sei distretti Sanitari, le due Case della Salute e le REMS presenti sul territorio aziendale secondo un preciso cronoprogramma. A far data dalla deliberazione aziendale, e fino al 31 dicembre 2025 sono state monitorate 7 strutture sanitarie con l'esecuzione di n. 125 campioni in totale; dall'analisi dei campioni prelevati n.72 campioni sono risultati essere conformi (57.6%) e n.53 campioni non conformi (42.4%). Oltre alla convenzione in corso con ARPA Lazio, tenuto conto della normativa vigente, è stata attivata, con deliberazione aziendale n. 268 del 10 febbraio 2026, la convenzione con il Dipartimento di Salute Pubblica e Malattie Infettive Sapienza Università di Roma per specifici controlli sui parametri chimico-fisici e screening batteriologici dell'acqua per il consumo umano nelle n. 13 strutture ospedaliere e territoriali sanitarie (i cinque PP.OO., i sei Distretti Sanitari e le due Case della Salute), mentre è in fase di attivazione la convenzione con il medesimo Dipartimento di Sapienza Università di Roma per la redazione del "Documento di Pianificazione Strategica per l'implementazione dei Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA)" ai sensi del D.Lgs. 18/2023 per le 13 strutture ospedaliere e territoriali sanitarie aziendali.

Al fine di fornire ai Professionisti della ASL Roma 5 una specifica formazione sulla prevenzione e controllo della legionellosi, il 7 luglio 2025 è stato realizzato, nell'ambito del PNRR/Missione 6 C2 Sub Investimento 2.2 (b), un corso FAD “Corso Infezioni Ospedaliere Correlate all'Assistenza” in cui è stata prevista una sezione riguardante la legionellosi, e, il 18 settembre 2025, un incontro rivolto ai Coordinatori Infermieristici presso il PO di Tivoli.

**Allegato 3: Scheda anagrafica strutture Asl Roma 5**

| <b>INFORMAZIONI RICHIESTE</b>                                                                                                  | <b>NOMINATIVO</b>             | <b>EMAIL</b>                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <b>Mail della struttura da utilizzare per comunicazioni da parte del CRRC</b>                                                  | UOC Qualità e Rischio Clinico | riskmanagement@aslroma5.it   |
| <b>Unità Operativa/ Funzione di Risk Manager</b>                                                                               | UOC Qualità e Rischio Clinico | riskmanagement@aslroma5.it   |
| <b>Risk Manager Asl Roma 5</b>                                                                                                 | Dott. Roberto Corsi           | roberto.corsi@aslroma5.it    |
| <b>Contributor cloud</b>                                                                                                       | Dott. Roberto Corsi           | roberto.corsi@aslroma5.it    |
| <b>Referente alimentazione SIRES eventi</b>                                                                                    | Dott. Mirko Bonanni           | mirko.bonanni@aslroma5.it    |
| <b>Referente alimentazione SIRES sinistri</b>                                                                                  | Dott.ssa Sabrina Ceci         | sabrina.ceci@aslroma5.it     |
| <b>Utente compilatore per la partecipazione al monitoraggio AGENAS sull'implementazione delle raccomandazioni ministeriali</b> | Dott. Maurizio Cistaro        | maurizio.cistaro@aslroma5.it |