

DELIBERAZIONE n. 0000125 del 28/02/2025

Struttura adottante:
UOSD RISK MANAGEMENT E BIOSICUREZZA

Proposta: 0000134 del 27/02/2025

OGGETTO:
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025

Il Commissario Straordinario
Cristina Matranga

L'estensore **Paola Galli'** *Data* 27/02/2025

Il Responsabile del procedimento **Paola Galli'** *Data* 27/02/2025

Il Dirigente U.O. **Paola Galli'** *Data* 27/02/2025

Direttore Bilancio **Antonio Proietti** *Data* 27/02/2025

Direttore Amministrativo **Barbara Solinas** *Data* 27/02/2025
Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario **f.f. Andrea Antinori** *Data* 28/02/2025
Parere: **FAVOREVOLE**

RESPONSABILE FF UOSD RISK MANAGEMENT

VISTO	il Decreto Legislativo 30.12.1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23.10.1992 n. 421”;
VISTO	il Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'I.N.M.I. L. Spallanzani adottato con deliberazione n. 487 del 16.07.2019 recante come oggetto “Adozione del Regolamento di organizzazione e funzionamento (Atto Aziendale) dell’INMI”, approvato dalla Regione Lazio con DCA U00296 del 23.07.2019;
VISTO	la Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022 “Approvazione ed adozione del documento di indirizzo per l’elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)” - Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria.
VISTO	Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita: prima emissione: 26 ottobre 2022 Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria.
VISTO	Determinazione del 20/07/2021, N G09850 Adozione del “Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella” Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria.
VISTO	Piano Nazionale di Contrasto all’Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025
PRESO ATTO	Piano d’Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani, 19 febbraio 2021. Centro regionale rischio clinico (CRRC).
PRESO ATTO	Protocollo della “Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l’igiene delle mani in ambito ospedaliero”. 25 Novembre 2021. Ministero della Salute
PRESO ATTO	Determinazione Regione Lazio G16501 del 28/11/2022. Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
CONSIDERATO	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”
ATTESTATO	che il presente provvedimento, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall’art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e

di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalle Legge 15/2005;

PROPONE

per i motivi in narrativa esposti che formano parte integrante del presente atto:

di approvare il PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2025 che, allegato alla presente, unitamente ad ulteriori n. 3 allegati (PALIM 2025, relazione cadute 2024 e Programma di controllo della Legionellosi), fa parte integrante della Deliberazione.

Il Risk Manager ff

Dott.ssa Paola Galli

IL COMMISSARIO STAORDINARIO

- VISTA** la DGR del 28 giugno 2024 n. 474 avente ad oggetto *“Commissariamento IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani (art 8 comma 7 bis, della Legge Regionale 16 giugno 1994, n.18 e smi)”*, con la quale viene disposto: di procedere a decorrere dal 1 luglio 2024 al commissariamento dell'Istituto, fino alla nomina del nuovo Direttore Generale e di individuare con successivo provvedimento il nominativo del Commissario Straordinario;
- IN VIRTU'** dei poteri conferitegli con il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00114 del 04.07.2024;
- VISTA** la deliberazione n. 381 del 9 luglio 2024 in forza della quale la Dott.ssa Cristina Matranga ha assunto le funzioni di Commissario Straordinario dell'INI Lazzaro Spallanzani nelle more della nomina del nuovo Direttore Generale;
- VISTI** il Decreto del Ministero della Salute del 7 agosto 2023, pubblicato in Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 227 del 28/09/2023, con il quale è stato confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive *“Lazzaro Spallanzani”*, per la disciplina delle *“malattie infettive”*;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, recante norme sul *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23/10/1992 n. 421”*;
- il Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e successive modifiche ed integrazioni, recante: *“Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'art. 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3”*;
- VISTA** la legge Regione Lazio 23 gennaio 2006, n. 2 recante: *“Disciplina transitoria degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico non trasformati in fondazioni ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288”*;
- LETTA** della proposta di delibera avente ad oggetto *“Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2025”*, presentata dal Risk Manager
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di

efficacia di cui all'art. 1, prima comma, della Legge 241/90, come modificato dalle Legge 15/2005;

VISTI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

D E L I B E R A

di adottare la proposta di deliberazione avente ad oggetto "Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2025"

La presente deliberazione sarà pubblicata all'Albo dell'Istituto nei modi previsti dall'art. 31 della L.R. Lazio, n. 45/96.

IL COMMISSARIO STAORDINARIO
Dr Cristina Matranga

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 1 di 86

	Funzione e Nome	Firma	Data
REDAZIONE	Dott.ssa Paola Galli Resp. ff UOSD Risk Management Dott.ssa Alessia Arcangeli Dott.ssa Felicia Coroian Dott.ssa Cristina De Stefano Dott.ssa Valentina Manetti		26/02/2025
	<i>UOSD Risk Management</i>		
APPROVAZIONE	Dott. Pietro Scanzano		26/02/2025
	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i>		
VALIDAZIONE	Dott.ssa Cristina Matranga		26/02/2025
	<i>Commissario Straordinario</i>		

Redatto ai sensi della Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022: “Approvazione ed adozione del documento di indirizzo per l’elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)” - Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali, e della comunicazione Regione Lazio. Registro Ufficiale U.0124752 del 02-02-2023.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 2 di 86

1. CONTESTO ORGANIZZATIVO

L'Istituto "Lazzaro Spallanzani" sorge nel quartiere Monteverde in Roma ed è una struttura sanitaria specializzata per le Malattie Infettive; è stato realizzato negli anni trenta con uno schema a padiglioni e rinnovato nella seconda metà degli anni novanta, con la realizzazione di un edificio destinato ad ospitare le attività di assistenza, diagnosi e cura, delegando agli esistenti edifici funzioni complementari (gestionali) e di supporto o ricerca (laboratori, epidemiologia).

Nel 1996, il Ministero della Sanità ha riconosciuto lo Spallanzani Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, e in seguito (2001-2003) il Ministero della Salute ha identificato lo Spallanzani quale polo nazionale di riferimento per il bioterrorismo, e polo nazionale di riferimento per le patologie infettive ad elevato impatto (FEV, SARS, MERS). Attualmente l'Istituto detiene l'unico laboratorio italiano di livello di biosicurezza 4 e cinque laboratori di livello 3.

Con DGR Regione Lazio n. 159/2007 è stato istituito il "Polo Ospedaliero Interaziendale Trapianti (POIT)", struttura integrata tra l'Istituto Spallanzani e l'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini deputata ai trapianti di fegato e rene/pancreas.

L'Istituto è il Centro di riferimento per la diagnosi, la cura ed il trattamento del COVID-19, e vanta un ambulatorio di terapia monoclonale precoce, oltre ad essere il centro di riferimento principale nel territorio laziale per il ricovero e l'assistenza dei pazienti affetti COVID-19 che necessitano di ricovero.

L'Istituto si configura attualmente in 3 Dipartimenti: Dipartimento Clinico e di Ricerca Malattie Infettive, Dipartimento Epidemiologia Ricerca Preclinica e Diagnostica avanzata e Dipartimento Interaziendale POIT che condivide alcune UUOO con l'AO San Camillo-Forlanini (AO SCF) e a cui afferiscono l'UOC Rianimazione e TI, la UOSD Anatomia patologica e la UOC Malattie infettive Epatologia.

Tali Unità Operative svolgono le loro attività presso l'Istituto: percorso pre-trapianto, attività operatoria presso il blocco operatorio costituito da 2 sale, degenza post-operatoria in TI e degenza in chirurgia Generale e dei trapianti dell'AO SCF, nonché follow-up post trapianto.

Per venire incontro alle esigenze della Rete regionale delle Malattie Infettive e per ottimizzare il numero di posti letto operativi dell'Istituto, il 29.11.2023 è stato attivato un nuovo reparto denominato Reparto Dipartimentale. Esso, attivato con lettera protocollo 0010922 del 23/11/2023 del, è costituito da n. 20 posti letto di degenza ordinaria che ampliano la dotazione di camere di degenza singole dell'Istituto consentendo una ottimizzazione dei posti letto anche per i pazienti ricoverati in regime di isolamento che occupavano, prima dell'apertura, anche le camere di degenza doppie diminuendo – nei fatti – la dotazione ricettiva dell'INMI.

La Delibera Regione Lazio n. 869 del 7 dicembre 2023 pubblicata su BURL n. 99 del 12.12.2023 "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" prevede, per INMI, la presenza di una nuova Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive, denominata Malattie Infettive ad Interesse Chirurgico, dedicata, per l'appunto, alla gestione e all'assistenza di pazienti infettivi di interesse chirurgico.

Per quanto attiene ai posti letto di Terapia Intensiva, inoltre, INMI, dopo aver modulato i posti letto in base alle esigenze della Rete, passando dai 9 posti letto iniziali fino ad una dotazione massima di n. 55 attivi nel 2020, si è attualmente attestata ad una dotazione di n. 12 posti letto ma con la possibilità – in caso di necessità – di rimodularne il numero complessivo – siano essi posti letto ordinari che di Terapia Intensiva - a seconda di eventuali nuove esigenze epidemiche e/o pandemiche.

L'INMI ha scelto di seguire un modello operativo basato sul principio della tematizzazione sindromica ed i suoi reparti sono suddivisi in 5 Unità Operative Complesse così definite:

1. Malattie Infettive - Epatologia
2. Infezioni Sistemiche e dell'Immunodepresso
3. Immunodeficienze Virali

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 3 di 86

- 4. Malattie Infettive ad Alta Intensità di Cura
- 5. Malattie Infettive dell’Apparato Respiratorio
- 6. Malattie Infettive di Interesse Chirurgico

Sono inoltre presenti 2 laboratori rispettivamente di Microbiologia e di Virologia, Ambulatori e Servizi diagnostici di supporto (UOSD Diagnostica per Immagini delle MI e UOSD Anatomia Patologica Istologia e Citologia).

Tutte le camere di degenza dell’ospedale presentano una zona filtro costituita da un’anti-stanza con doppia porta, lavandino con acqua corrente, sapone liquido, dispenser di gel idroalcolico per l’igiene delle mani, dispositivi di protezione individuale monouso (guanti, camici, mascherine o filtranti respiratori) e contenitore dei rifiuti a rischio infettivo. Ogni reparto è dotato di stanze con impianto di aereazione a pressione negativa per effettuare in sicurezza ricoveri in isolamento respiratorio; in particolare La UOC MI ad Alta Intensità di Cura e la UOC MI Apparato dell’Apparato Respiratorio hanno tutte le stanze di degenza a pressione negativa ed idonee per isolamento respiratorio.

Per far fronte alle nuove esigenze assistenziali dell’Istituto, dal 2020 è stata aperta e resa operativa una nuova TC presso la struttura di Alto Isolamento, predisposta per accogliere pazienti affetti da Malattie Infettive altamente contagiose ed attualmente dedicata all’attività ambulatoriale.

Con Deliberazione della Giunta regionale 28 marzo 2024, n. 178 recante “Istituzione del Centro di formazione permanente in sanità”, l’ INMI è stato individuato dalla Regione Lazio quale struttura “Capofila” a supporto della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, nel coordinamento e nella gestione delle diverse fasi (progettazione, organizzazione, gestione amministrativa e finanziaria) di progetti formativi a rilevanza regionale, operando in raccordo con la suddetta Direzione regionale e con le Aziende e gli Enti del SSR sia per la rilevazione dei fabbisogni formativi che per la realizzazione delle iniziative formative.

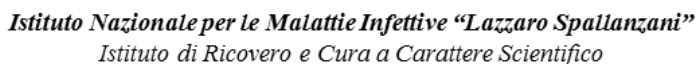
L’IRCCS INMI “Lazzaro Spallanzani” nella qualità di Centro di Formazione Permanente opera, infine, in raccordo con gli Atenei per l’eventuale realizzazione di master, corsi di perfezionamento, corsi di alta formazione che possono essere offerti ai professionisti del SSR.

2. L’EVOLUZIONE DEL PARS

Con Deliberazione 386 del 22/09/1998 sono stati istituiti presso l’INMI il primo Comitato per le Infezioni Ospedaliere (CIO) e il Gruppo Tecnico Operativo (GTO) e fu approvato il Regolamento che ne declinava le funzioni principali, la composizione e le modalità di lavoro. Negli anni successivi sono state deliberate periodicamente le modifiche nella composizione del CIO e del GTO e sono stati prodotti aggiornamenti successivi del Regolamento fino a giungere, nel 2015, alla ridenominazione in Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CC-ICA). Nel 2016 è stato costituito un primo gruppo di lavoro aziendale per l’uso responsabile degli antibiotici. Nella Delibera n. 519 del 18/07/2018 è stato poi formalmente definito nei componenti e nominato un *Antimicrobial Stewardship Team (AST)*. Con la Delibera 0000436 del 22/08/2022 “Composizione del comitato controllo infezioni correlate assistenza, (CC-ICA), gruppo tecnico operativo (GTO) e antimicrobial stewardship team (AMST) e relativo regolamento”, la composizione del CC-ICA, del GTO e dell’AST sono state aggiornate ed è stato approvato il Regolamento che definisce obiettivi, attività, modalità organizzative di tutti i soggetti operanti nel contrasto delle ICA e all’antimicrobicoresistenza.

In particolare, è stata definita la seguente composizione per il CC-ICA:

- il Direttore Sanitario in qualità di Presidente;
- il Risk Manager;
- almeno un rappresentante delle Unità Operative cliniche e di tutte le aree funzionali dell’Istituto direttamente coinvolte.



Pagina 4 di 86

Infine, per assicurare la *governance* del processo di *transitional care* nell'ottica della sostenibilità e dello sviluppo organizzativo in linea con le indicazioni di cui al DM 77/2022, la Regione Lazio ha previsto la realizzazione di un sistema multilivello che prevede il diretto coordinamento tra i Team Operativi Ospedalieri (TOH) e le Centrali Operative Territoriali (COT) sia Aziendali sia Distrettuali.

DATI STRUTTURALI					
STRUTTURA	n. Edifici: 20		Mq di superficie 120.000 mq		
	In Roma				
RISORSE UMANE	n. dipendenti		838 (al 31.12.2024)		
ORGANIZZAZIONE	n. Posti letto		178	Mal. infettive: 166 Rianimazione: 12 TIPO: 5 (afferenti al POIT, Polo Interaziendale SCF-INMI e funzionalmente afferenti all’AO SCF)	
	Posti letto DH		6		
DATI DI ATTIVITÀ (Fonte: S.I.O.)					
	Anno	N.		Anno	N.
Numero ricoveri ordinari	2022	3066	Numero ricoveri diurni	2022	177
	2023	3240		2023	184
	2024	3110		2024	212
Totale numero ricoveri	2022	3243	Numero ambulatoriali prestazioni	2022	40.828
	2023	3424		2023	42.489
	2024	3322		2024	51.061
Totale giornate di ricovero	2022	59623	Totale numero di dimissioni	2022	3095
	2023	54533		2023	3011
	2024	55021		2024	3106



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 5 di 86

Eventi/sinistri nell'ultimo triennio

Anno	N. Eventi Avversi	N. Eventi Sentinella	N. Sinistri
2022	177	10	15
2023	119	1	8
2024	133	4	13

(Fonte Risk Management e Affari Generali)

Eventi segnalati nel 2024 (Art. 2, c. 5 della L. 24/2017)

Tipo di evento	Numero	Principali fattori causali/contribuenti	Azioni di miglioramento	Fonte del dato
Near Miss	1	Strutturali (20%) Tecnologici (20%) Organizzativi (40%) Procedure/Comunicazione (20%)	Strutturali (25%) Tecnologici (10%) Organizzativi (30%) Procedure/Comunicazione (45%)	Sistemi di reporting (100%)
Eventi Avversi	157 eventi (84.7% cadute) (Aggressioni 15.3%)			
Eventi Sentinella	4			

(Fonte Risk Management)

Posizione assicurativa

Anno	Polizza e rel. Scadenza	Compagnia Ass.	Premio	Franchigia	Brokeraggio
2022	Pol. RCH00010000049 30.06.2022 – 30.06.2024	AM TRUST Assicurazioni S.p.A.	€ 797.793,97	NO	GB SAPRI
2023	Pol. RCH00010000049 30.06.2022 – 30.06.2024	AM TRUST Assicurazioni S.p.A.	€ 797.793,97	NO	GB SAPRI
2024	Pol. RCH00010000049 Scadenza 31.12.2024	AM TRUST Assicurazioni S.p.A.	€ 797.793,97	NO	GB SAPRI fino al 30.09.2024

(Fonte Affari Generali)

Comitato valutazione sinistri

►Composizione: Dirigente UOSD Affari Generali - Risk Manager - Medico legale – Medico infettivologo - Direzione sanitaria - Avvocato



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 6 di 86

- Anno di istituzione: In fase di ricostituzione
- Numero casi istruiti: Vedi tabella seguente

Sinistrosità e Risarcimenti (Art. 4, c. 3 della L. 24/2017) (Fonte Affari Generali)

Anno	Numero Sinistri	Risarcimenti erogati
2022	15	n. 1 pari a € 14.367,91 (a seguito di ATP promossa nell’anno 2018)
2023	8	0
2024	13	n. 1 pari a € 641,44 (pagato direttamente da assicurazione perché no franchigia)

(Fonte Affari Generali)

3. RESOCONTO DELLE ATTIVITA’ 2024

Il PARS 2024 è stato trasmesso alla Direzione sanitaria, n. prot.0002196 il 28 febbraio 2023, approvato il 28 febbraio e inviato al Centro Regionale Rischio Clinico come previsto dalla nota regionale U.0091714 del 22.01.2024.

Nella stessa data è stata trasmessa alla Direzione sanitaria e al CdG la Relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi – 2024 per la sua pubblicazione sul sito in amministrazione trasparente.

3.1 RESOCONTO ATTIVITÀ RISCHIO CLINICO ANNO 2024

NB:

Le attività verranno numerate nella seguente modalità:

- La prima lettera si riferisce al macro-obiettivo (Obiettivo A, B, C)
- Il numero si riferisce alla numerazione progressiva di quella categoria di macro-obiettivi
- La lettera C o I si riferisce alla tipologia di obiettivo (C= Clinico, I= Infettivo)
Le ultime due lettere si riferiscono all’anno di riferimento (24= rendicontazione dell’obiettivo relativo all’anno 2024; 25: programmazione dell’obiettivo per il 2025)



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 7 di 86

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ A1C24 - Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti. INDICATORE Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro 31/12/2024	Realizzata	►corso FAD ECM “Sicurezza del paziente, conoscere e applicare la procedura “Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale” effettuato dal 13.07 al 20.12.2024
ATTIVITÀ A2C24 Formazione ECM “Prevenzione degli errori in terapia farmacologica e utilizzo del cartello informatizzato” INDICATORE Esecuzione di almeno due edizioni del corso entro 31/12/2024	Realizzata	►Formazione ECM “Prevenzione degli errori in terapia farmacologica e utilizzo del cartello informatizzato in data 24.06.2024 con la formazione dei Coordinatori di reparto i quali, a cascata, hanno effettuato la formazione on the job del 100% del personale afferente alle UO.
ATTIVITÀ - stesura di procedure per la sicurezza dei pazienti e attività di verifica sulle procedure avviate con aggiornamento delle Procedure emanate prima del 2021	Realizzata	►Progetto Formativo Aziendale ECM: Farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza: a che punto siamo - 14 maggio 2024 ►Evento Residenziale: Uso off label e accesso precoce al farmaco - 15 ottobre 2024 ►22 maggio 2024 - "Esplorazioni scientifiche" - La trasmissione di SARS-CoV-2 attraverso l’aria: genesi ed implicazioni di un cambio di paradigma ►Giornate informative sull'aggiornamento del Sistema di gestione antincendio e dei Piani per la gestione dell’emergenza 11/04/2024 ►Memo FAD E-Learning: Informazione e formazione in materia di radioprotezione (D.LGS. 101/2020 E S.M.I.) e sicurezza in risonanza magnetica (D.M. 14/1/2021) - Attiva dal 20/08/2024 al 20/12/2024



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 8 di 86

OBIETTIVO B) MIGLIORARE L’APPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE ED ORGANIZZATIVA, ATTRAVERSO LA PROMOZIONE DI INTERVENTI MIRATI AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI EROGATE E MONITORAGGIO E/O CONTENIMENTO DEGLI EVENTI AVVERSI.		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITÀ B1C24 – Monitoraggio e reportistica di near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento nella piattaforma SIRES (Regione Lazio. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella" INDICATORE Report semestrale	Realizzata	► Nel 2024 sono stati registrati 157 eventi avversi, 133 cadute, 24 aggressioni, di cui 4 eventi sentinella 1 near miss. Tutti gli eventi (100%) sono stati inseriti nella piattaforma SIRES. ►Elaborazione del report semestrale sull’analisi delle cadute in ospedale, con il monitoraggio degli eventi avversi registrati nel primo e secondo semestre del 2024, per valutare l’andamento e implementare eventuali azioni correttive.
ATTIVITÀ B2C24 -Programma di valutazione della qualità della documentazione sanitaria come strumento di Risk Management INDICATORE Numero di cartelle verificate STANDARD >70	Realizzata	Nel 2024 sono state esaminate 90 cartelle cliniche elettroniche: il 90% delle cartelle risultano compilate regolarmente in tutte le parti valutate. Si evidenzia la mancanza della scheda di ricognizione-riconciliazione farmacologica, per la quale, alla luce della creazione di una scheda ad hoc in CCE, è stato già attivata presso INMI la revisione della procedura stessa. Nel 10% delle cartelle esaminate si rileva la mancata compilazione della scheda di valutazione del rischio caduta e alcune incongruenze nella scheda di valutazione del rischio suicidio. Risulta implementato l’utilizzo della cartella clinica elettronica in tutti i reparti di degenza ordinaria, incluso la Rianimazione. La UOSD Risk management è fortemente coinvolta nei processi di manutenzione, monitoraggio e aggiornamento della Cartella Clinica Elettronica ed in generale dell’intera documentazione sanitaria.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 9 di 86

ATTIVITÀ B3C24-Svolgimento di audit reattivi e/o proattivi su eventi, processi o esiti INDICATORE n. audit STANDARD >2 audit	Realizzata	▶ Al 31 dicembre 2024 sono stati svolti 5 audit con metodologia Significant Event Audit (SEA), quattro dei quali a seguito di evento sentinella e un near miss. ▶ Audit inerente a “caduta paziente D.L.M. 23/07/2024 ▶ Audit inerente a “Caduta” del paziente C.R. 17/09/2024 ▶ Audi inerente a “Caduta” L.L. del 23/09/2024 ▶ Audi inerente a “Caduta” paziente J.I.T. 23/09/2024 ▶ Audit: near miss inerente ad “Errore di inserimento dati Wlab 09/04/2024
ATTIVITÀ B4C24 – Stesura di procedure per la sicurezza dei pazienti, Aggiornamento e attività di verifica sulle procedure avviate	Realizzata	▶ Pr Osp 44- procedura per la sicurezza e la protezione fisica del paziente ▶ PrOsp50/22_Procedura per la gestione del carrello dell’emergenza clinica ▶ PrOsp 66/2023 - Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie associate ai cateteri ▶ Pr.Osp. 46/21 - REV.1 - Procedura per la corretta identificazione della persona assistita ▶ Pr.Osp. 29 Rev. 3 Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale ▶ PrOsp. 17/2019 - REV.19_24 - Piano autocontrollo alimentare ▶ Pr.Cli n. 74 - PDTA sulla gestione della Echinococcosi cistica ▶ PrOsp28.20 - Prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali ▶ PrOsp 5_18 Rev. n.4 - Gestione dei rifiuti speciali e urbani ▶ PrOsp33/2024 Rev. n. 4 caduta paziente ▶ PrOsp43/21Rev.1 del 30/09/2024 farmaci orali solidi
OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE		
ATTIVITÀ C1C24 – Progettazione ed esecuzione di almeno due edizioni di un corso di formazione La gestione delle aggressioni e delle conflittualità” - Comunicazione efficace	Realizzata	▶ Corso ECM Comunicazione efficace e gestione del paziente difficile – due edizioni nella giornata del 17 giugno 2024 (antimeridiana e pomeridiana per garantire una maggiore adesione)

Altre attività effettuate nel 2024 che proseguiranno anche nel 2025 sono:



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 10 di 86

- L'aggiornamento della pagina Intranet del Risk Management è stato avviato ed è attualmente in corso. Le procedure, i moduli e le schede di segnalazione sono stati trasformati in PDF editabili e resi disponibili sulla piattaforma.
- Corso di farmacovigilanza e dispositivo-vigilanza, avviato nel 2024, con estensione della formazione obbligatoria per tutto il personale anche nel 2025.

3.2 RESOCONTO ATTIVITÀ RISCHIO INFETTIVO

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE CON SPECIFICO RIFERIMENTO ALLA PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA’ A1I24: Organizzazione di attività di formazione/informazione degli operatori sanitari mirate alla prevenzione delle ICA e mirate al buon uso degli antimicrobici. INDICATORE Svolgimento di almeno 2 corsi di formazione FONTE UOC Centro per la Formazione e lo Sviluppo delle Competenze STANDARD SI	Realizzata	► Formazione osservatori nell’ambito del monitoraggio igiene mani: dal 21 marzo al 30 maggio 2024 erogata come formazione teorica residenziale per un totale di n. 4 ore (fase 1), formazione pratica (role playing) di 1 ora per discente e come formazione sul campo (training on the job) di ulteriori n. 2 ore (fase 2) per ciascun discente. ► Stewardship diagnostica e terapeutica nella gestione delle infezioni batteriche (14/06/2024) ► Prevenzione delle infezioni delle vie urinarie associate al catetere vescicale: effettuate 6 edizioni per un totale di 3 ore di formazione obbligatoria per infermieri, OSS e OTA. (maggio e giugno 2024) ► malattie a trasmissione alimentare: dalla diagnosi alle azioni di sanità pubblica. (21 giugno 2024) ► Iniziamo a far rete: i laboratori di Microbiologia si confrontano sulle metodologie diagnostiche (24/06/2024) ► Le infezioni in gravidanza: perchè, quando e come trattare (18/11/2024) ► Endocardite infettiva: up to date 2024 (18/04/2024) ► Tubercolosi e migrazione (12/06/2024)



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 11 di 86

		► Arbovirus: patogeni d’importazione con rischio di circolazione autoctona (16-17/05/2024) ► Corso di formazione ed aggiornamento per gli operatori dei laboratori bsI3 e bsI4 (una edizione dal 5/12/2024 all’11/12/2024) ► Hand Hygiene save lives: quando e come praticare l’igiene delle mani durante l’assistenza e la cura dei pazienti nei servizi e nei setting ambulatoriali (dal 15 ottobre al 23 dicembre)
--	--	--

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL’IGIENE DELLE MANI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA’ B1I24: Implementazione del Piano di azione locale per l’igiene delle mani 2023 INDICATORE Raggiungimento livello intermedio in tutte le attività STANDARD SI	Realizzata	► Vedere piano allegato. ► Compilazione del questionario di: Autovalutazione dei 5 componenti secondo l’“Hand Hygiene Self-Assessment Framework” WHO. (5 Febbraio 2025) ► Elaborazione e trasmissione del “Piano locale azione igiene mani” per il 2025 trasmesso al Centro Regionale Rischio Clinico”
ATTIVITA’ B2I24: Elaborazione dei dati di consumo delle soluzioni idroalcoliche INDICATORE Produzione report trimestrale STANDARD ≥ 2	Realizzata	► Report predisposti dalla UOC Farmacia dei dati di consumi di gel idroalcolico presentati al CC-ICA del 21/05/2025 e del 11/11/2024 aggiornati e revisionati al 31/12/2024. ► Dati consumo soluzione idroalcolica relativi anno 2024 inviati il 13/09/2024 per il 1° semestre, e il 31/01/2025 per il 2° semestre al referente regionale (SeReSMI), come richiesto dal protocollo sulla sorveglianza nazionale e da nota regionale n°0376929 del 04/04/23.



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 12 di 86

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/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA’C1I24: Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE INDICATORE Report annuale STANDARD SI	Realizzata	► Nel corso del 2024 sono state segnalate 13 batteriemie da CRE e 31 colonizzazioni/infezioni da Enterobacteriaceae resistenti a ceftazidime/avibactam, e trasmesse le relative segnalazioni a Regione/Ministero. ► Relazione per il 2024 della Microbiologia inviata l’17/01/2025 alla Direzione Sanitaria relativa a “supporto microbiologico al sistema di sorveglianza regionale per il monitoraggio della diffusione di infezioni da <i>Enterobacterales</i> resistenti ai carbapenemi (CRE), inclusi i ceppi resistenti al ceftazidime/avibactam, ceppi ipervirulenti di <i>Klebsiella pneumoniae</i> (HVKP), e infezioni ospedaliere da Gram-negativi MDR.
ATTIVITA’ C2I24: Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert INDICATORE Report semestrale sorveglianza circolazione microorganismi alert STANDARD SI	Realizzata	► I report semestrali relativi alle segnalazioni dei microrganismi alert, incluse le CRE, sono stati trasmessi alla Direzione sanitaria (1°semestre il 23/07/2024 ed il 2°semestre il 04/02/25);
ATTIVITA’ C3I24: Programma di attività del team stewardship antimicrobical (AST) INDICATORE Formalizzazione del programma	Realizzata	► Il programma è stato formalizzato ed inviato alla Direzione Sanitaria il 24/07/2024 ► Indagine di prevalenza su ICA e uso degli antibiotici nei pazienti ricoverati presso INMI Spallanzani effettuata dal 18 Novembre al 3 Dicembre. L’analisi dei



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 13 di 86

STANDARD SI		dati è in corso con il supporto della piattaforma NOMOS e verrà presentata al CC-ICA e a tutti gli operatori sanitari delle UOC di degenza nel corso del 2025.
ATTIVITA’ C4I24: Elaborazione dei dati di consumo dei farmaci antinfettivi espressi in DDD/100 gg degenza INDICATORE Report semestrale STANDARD ≥ 1	Realizzata	Report predisposti dalla UOC Farmacia presentati al CC-ICA del 15 maggio 2024 e del 11 novembre 2024. Dati aggiornati e revisionati al 31/12/2024.
ATTIVITA’ C5I24: Implementazione di un programma di stewardship diagnostica e terapeutica nel reparto di Terapia Intensiva e Rianimazione INDICATORE Report semestrale su numero di terapie antimicrobiche mirate sulla base del risultato della fast microbiology per emocolture e riduzione durata della terapia antibiotica	Realizzata	► Sono stati redatti 2 report semestrali su numero di terapie antimicrobiche mirate sulla base del risultato della <i>fast microbiology</i> per emocolture e riduzione durata della terapia antibiotica rispetto ai dati attuali di letteratura ed inviati alla Direzione Sanitaria (il 1° report inviato il 10/07/2025 ed il 2° il 10/01/2025)

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 14 di 86

rispetto ai dati attuali di letteratura STANDARD ≥ 1 FONTE: UOC Infezioni Sistemiche dell’Immunodepresso, UOC Microbiologia, UOC Terapia Intensiva e Rianimazione)		
ATTIVITA’ C6I24: Elaborazione dati relativi alla valutazione dei principali indicatori di appropriatezza utili per la valutazione dell’utilizzo delle emocolture INDICATORE: Report semestrale sugli indicatori di appropriatezza delle emocolture STANDARD ≥ 1 FONTE: Microbiologia	Realizzata	► Sono stati redatti 2 report semestrali ed inviati alla Direzione Sanitaria (il 1° trasmesso il 26/07/2024 ed il 2° report trasmesso il 04.02.2025
ATTIVITA’ C7I24: Implementazione di una piattaforma informatica a supporto delle attività di sorveglianza delle ICA, attività di Infection Prevention and Control (IPC) e Antimicrobial Stewardship. INDICATORE: Entro il 31/12/2024 la piattaforma sarà implementata ed operativa. STANDARD: SI FONTE: UOSD Sistemi informatici	Parzialmente realizzata.	► La piattaforma informatica è in corso di implementazione nei suoi diversi moduli. Il modulo igiene mani è stato implementato ed utilizzato già da luglio 2024, ma durante l’anno si è reso necessario un upgrade che è attualmente in fase di elaborazione. Il modulo relativo alla Point Prevalence Survey è stato implementato e reso operativo a Novembre 2024, a Febbraio del 2025 si è reso necessario lo sviluppo di una dashboard più dettagliata che supporterà l’analisi dei dati e l’elaborazione di un report.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 15 di 86

ATTIVITA’ C8I24: Revisione procedura gestione pazienti con colonizzazione/infezione batteri multiresistenti. INDICATORE: revisione della procedura entro il 31/12/2024 STANDARD: SI FONTE: Risk Management	Realizzata	► La revisione della procedura è terminata a Dicembre 2024. E’ stata validata il 16 gennaio 2025 e inserita su Intranet il 27/01/2025.
--	------------	--

4. MATRICE DELLE RESPONSABILITA’ DEL PARS

Azione	Direttore Generale	Risk Management	CC-ICA e GTO	Direttore Sanitario aziendale	Direttore Amministrativo aziendale	UOC Affari Generali
Redazione PARS	C	R	C	C	I	C
Redazione relazione consuntiva sugli eventi avversi e sui risarcimenti erogati, e sulla posizione assicurativa	I	C	I	I	C	R
Adozione PARS	R	C	I	C	C	I
Monitoraggio PARS	I	R	I	C	I	C
Monitoraggio Obiettivi e attività per la gestione del rischio infettivo	I	C	R	C	C	I

Legenda delle matrici di responsabilità: R = Responsabile C = Coinvolto I= Interessato



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 16 di 86

5. OBIETTIVI GENERALI

Ai sensi della Determinazione della Regione Lazio Salute e Integrazione Sociosanitaria G00643 del 25/01/2022 “Adozione del documento di indirizzo per l’elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)” gli obbiettivi strategici individuati 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.

Nella nota prot. U.0079798 del 22.01.2025, inoltre, il Centro Regionale di Rischio Clinico richiede di allegare al PARS:

- Piano di azione locale sull’igiene delle mani (ALLEGATO 1)
- Programma di controllo della Legionellosi (ALLEGATO 3)

IL pars 2025 contiene anche, in ALLEGATO 2, la relazione sulle cadute relative all’anno 2024.

Le tabelle seguenti riportano in sintesi le attività previste

6. OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

NB:

Le attività verranno numerate nella seguente modalità:

- La prima lettera si riferisce al macro-obiettivo (Obiettivo A, B, C)
- Il numero si riferisce alla numerazione progressiva di quella categoria di macro-obiettivi
- La lettera C o I si riferisce alla tipologia di obiettivo (C= Clinico, I= Infettivo)
Le ultime due lettere si riferiscono all’anno di riferimento (24= rendicontazione dell’obiettivo relativo all’anno 2024; 25: programmazione dell’obiettivo per il 2025)

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE
ATTIVITÀ A1C25 - Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione sulle tematiche del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti
INDICATORE Numero di moduli/iniziative



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 17 di 86

STANDARD ≥ 5			
FONTE UO Formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk Manager	UO Formazione	Corpo Docente
Progettazione del corso o partecipazione	R	C	C
Accreditamento del corso	C	R	I
Esecuzione del corso	C	C	R

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 B1C25 – Stesura di procedure per la sicurezza dei pazienti e attività di verifica sulle procedure avviate con aggiornamento delle Procedure emanate prima del 2022					
INDICATORE n. procedure					
STANDARD 100% aggiornamento delle Procedure emanate prima del 2022					
FONTE UOSD Risk Management					
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ					
Azione	Risk manager	Responsabile gruppo lavoro	Direzione sanitaria	SAI	Gruppo
Progettazione dei gruppi	R	C	C	C	I
Stesura/aggiornamento delle procedure	C	R	I	I	C
Validazione delle procedure	R	I	I	I	I
Approvazione procedure	I	I	R	I	I
Informazione/formazione	R	C	I	C	C
Verifica applicazione	R	C	I	C	C

ATTIVITÀ B2C25 – Monitoraggio di near miss, eventi avversi, eventi sentinella e inserimento nella piattaforma SIREs (Regione Lazio. Determinazione 25 ottobre 2016, n. G12355 Approvazione "Definizione dei criteri per la corretta classificazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella")
INDICATORE n. inserimenti



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 18 di 86

STANDARD 100%			
FONTE UO Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Personale	Direzione sanitaria
Segnalazione eventi	I	R	I
Valutazione	R	I	C
Inserimento	R	I	I

ATTIVITÀ B3C25: Sviluppo del programma di implementazione della valutazione della cartella clinica informatizzata			
INDICATORE Programma			
STANDARD Si			
FONTE UO Risk Management; Cartella Elettronica			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk management	Informatica	Personale
Esecuzione	C	R	C
Report	C	R	C

ATTIVITÀ B4C25 – Svolgimento di audit reattivi e/o proattivi su eventi, processi o esiti			
INDICATORE n. audit			
STANDARD >3 audit			
FONTE Risk Manager			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Risk manager	Personale	Direzione sanitaria
Organizzazione audit	R	I	C
Svolgimento	R	C	C
Piano di miglioramento	R	C	C

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



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 19 di 86

E DELLE STRUTTURE				
ATTIVITÀ C1C25 -Gestione del rischio strutturale e tecnologico Verifica periodica della sicurezza degli impianti e delle attrezzature. Controllo periodico Legionella.				
INDICATORE				
Numero di controlli periodici Legionella eseguiti				
STANDARD ≥ 2 controlli/anno				
FONTE				
UOSD Risk Management, UOC Microbiologia, Direzione Sanitaria, UOC Ufficio Tecnico				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	UOSD Risk Manager	Tecnico di laboratorio	UOC Microbiologia	UOC Ufficio Tecnico
Pianificazione del controllo e definizione del protocollo	R	C	C	C
Raccolta dei campioni di acqua calda sanitaria	C	R	C	I
Analisi e refertazione microbiologica (Legionella)	C	C	R	I
Interventi correttivi sugli impianti in caso di positività	C	I	I	R
Verifica e aggiornamento periodico delle misure di prevenzione	R	C	C	C

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI E DELLE STRUTTURE			
ATTIVITÀ C2C25 - Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione con corsi di aggiornamento sulla sicurezza per tutti gli operatori sanitari. Simulazioni e scenari di gestione delle emergenze. Corso antincendio			
INDICATORE			
Numero di moduli/iniziative			
STANDARD ≥2			
FONTE			
UO Formazione			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	Risk Manager	UO Formazione	RSPP
Progettazione del corso o partecipazione	C	C	R
Accreditamento del corso	C	R	I
Esecuzione del corso	C	C	R



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 20 di 86

7 OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO

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

- A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure con specifico riferimento alla prevenzione del rischio infettivo;
- B) Implementare il 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 31/12/2025 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).

È stabilito un minimo di cinque attività distribuite su tutti e tre gli obiettivi strategici, di cui obbligatorie (M):

- Aggiornamento del Piano di Azione locale relativo all’anno di interesse (Allegato n. 1);
- Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE;
- Sviluppo di programmi di buon uso degli antibiotici (Antimicrobial stewardship);
- Monitoraggio soluzioni idroalcoliche.

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

ATTIVITA’ A1I25 – Organizzazione di attività di formazione/informazione degli operatori sanitari mirate alla prevenzione delle ICA e mirate al buon uso degli antimicrobici

INDICATORE

Svolgimento di almeno 2 corsi di formazione

STANDARD

SI

FONTE

UOC Centro di Formazione Permanente in Sanità

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

Azione	Responsabile scientifico proponente il corso	UOC Formazione
Progettazione del corso	R	C
Accreditamento del corso	C	R
Esecuzione del corso	R	I
Verifica Apprendimento	C	R



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 21 di 86

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL’IGIENE DELLE MANI

ATTIVITA’ B1I25 (M) – Implementazione del Piano di azione locale 2025

INDICATORE

Raggiungimento livello avanzato in tutte le attività

STANDARD

SI

FONTE

UOSD Risk management

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

Azione	GTO	CC-ICA	Risk Management	Direzione Sanitaria
Stesura del Piano	R	I	C	I
Applicazione	R	I	C	C

(M): mandatoria

ATTIVITA’ B2I25 (M)– Elaborazione dei dati di consumo delle soluzioni idroalcoliche

INDICATORE

Produzione report trimestrale

STANDARD

≥ 2

FONTE

UOC Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’

Azione	UOC Farmacia	CC-ICA	Risk Management	Direzione Sanitaria
Produzione dati come da protocollo	R	C	C	I
Analisi	C	R	C	C
Report	R	C	C	I
Diffusione	R	C	C	I

(M): mandatoria

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 22 di 86

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/O CONTENIMENTO DELLE ICA INCLUSE QUELLE DA INFEZIONI INVASIVE DA ENTEROBATTERI RESISTENTI AI CARBAPENEMI (CRE)					
ATTIVITA’ C1I25 (M) – Consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per il sistema di sorveglianza nazionale delle batteriemie da CRE					
INDICATORE Report annuale					
STANDARD SI					
FONTE UOC Microbiologia e UOSD Risk Management					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’					
Azione	CC-ICA	Risk Management	Direzione Sanitaria	UOC Microbiologia	UO di degenza
Segnalazione isolati	C	I	I	R	I
Relazioni cliniche	C	I	C	I	R
Raccolta dati	I	R	C	C	I
Trasmissione dati	I	R	C	I	I
Analisi dati e elaborazione report	C	C	C	R	I

(M): mandatoria

ATTIVITA’ C2I25 (FR) – Definizione/implementazione/consolidamento delle modalità di raccolta e flusso dei dati per la sorveglianza della circolazione dei microrganismi alert					
INDICATORE Report semestrale sorveglianza circolazione microorganismi alert					
STANDARD SI					
FONTE UOC Microbiologia e UOSD Risk Management					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’					
Azione	CC-ICA	Risk Management	Direzione Sanitaria	UOC Microbiologia	UO degenza
Segnalazione alert	I	I	I	R	I

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 23 di 86

Raccolta dati	I	R	I	I	C
Inserimento dati	I	R	I	I	I
Analisi dati e elaborazione report	C	R	C	C	I

(FR): fortemente raccomandata

ATTIVITA’ C3I25 (M) – Analisi dei dati dell’indagine di prevalenza su ICA e uso degli antibiotici nei pazienti ricoverati presso INMI Spallanzani effettuata dal 18 novembre al 3 dicembre 2024				
INDICATORE Report				
STANDARD Entro il 30.09.2025				
FONTE AST e UOSD Risk Management				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’				
Azione	UOC Farmacia	AST	Risk Management	Direzione Sanitaria
Analisi dati	I	R	C	C
Sviluppo attività	C	R	C	C
Report	C	R	C	I
Diffusione	I	R	C	I

(M): mandatoria

ATTIVITA’ C4I25 – Elaborazione dei dati di consumo dei farmaci antinfettivi espressi in DDD/ 100 gg degenza				
INDICATORE Report semestrale				
STANDARD ≥ 1				
FONTE UOC Farmacia				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’				
Azione	UOC Farmacia	AST	Risk Management	Direzione Sanitaria
Produzione dati come da protocollo	R	C	C	I



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 24 di 86

Analisi	R	C	C	C
Report	R	C	C	I
Diffusione	R	C	C	I

ATTIVITA’ C5I25 – Implementazione di un programma di stewardship diagnostica e terapeutica nel reparto di Terapia Intensiva e Rianimazione					
INDICATORE Report semestrale su numero di terapie antimicrobiche mirate sulla base del risultato della fast microbiology per emocolture e riduzione durata della terapia antibiotica rispetto ai dati attuali di letteratura.					
STANDARD ≥ 1					
FONTE UOC Infezioni Sistemiche dell’Immunodepresso, UOC Microbiologia, UOC Terapia Intensiva e Rianimazione)					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’					
Azione	UOC Terapia intensiva e Rianimazione e UOC Infezioni sistemiche	UOC Microbiologia	CC-ICA	Risk Management	Direzione Sanitaria, Dipartimento clinico, Direzione Scientifica
Produzione dati come da protocollo	R	C	I	I	I
Analisi	R	R	I	I	I
Report	R	R	I	I	I
Diffusione	R	R	I	I	C

ATTIVITA’ C6I25 – Elaborazione dati relativi alla valutazione dei principali indicatori di appropriatezza utili per la valutazione dell’utilizzo delle emocolture					
INDICATORE Report semestrale sugli indicatori di appropriatezza delle emocolture					
STANDARD ≥ 1					
FONTE Microbiologia					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’					
Azione	UOC Microbiologia	UOC degenza	CC-ICA	Risk Management	Direzione Sanitaria
Produzione dati come	R	C	I	C	I



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 25 di 86

da protocollo					
Analisi	R	C	I	C	I
Report	R	C	I	I	I
Diffusione	R	C	I	I	C

ATTIVITA’ C7I25 (M) –Elaborazione procedura per la prevenzione ed il controllo della Polmonite Associata alla Ventilazione Meccanica					
INDICATORE Revisione della procedura entro il 30.06.2025					
STANDARD Si					
FONTE UOC Rianimazione-Terapia Intensiva/UOSD Risk Management					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’					
Azione	Risk management	Gruppo di lavoro	Direzione sanitaria	Professioni Sanitarie Infermieristiche	CC-ICA
Progettazione dei gruppi	C	C	C	R	C
Stesura delle procedure	C	R	I	I	C
Validazione delle procedure	C	I	R	I	C
Approvazione procedure	I	I	R	I	I
Informazione/formazione	R	C	I	C	I
Verifica applicazione	R	C	I	C	I

8. MODALITA’ DI DIFFUSIONE DEL PARS

Al fine del corretto svolgimento di tutte le attività previste dal PARS e del raggiungimento degli obiettivi prefissati, la Direzione Aziendale assicura la diffusione del PARS mediante la pubblicazione sul sito aziendale nella sezione Intranet, nonché mediante una mail indirizzata a tutto il personale sanitario con il richiamo del link dal quale accedere per la lettura del documento.

Inoltre, la divulgazione del PARS a tutto il personale dell’INMI Spallanzani, principalmente, il personale sanitario, avverrà attraverso uno o più incontri in presenza con il fine di aumentare la consapevolezza degli operatori sull’importanza delle cure sicure nel nostro Istituto.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 26 di 86

Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia

- Regione Lazio Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria. Determinazione G00643 del 25 gennaio 2022 "Approvazione ed adozione del documento di indirizzo per l'elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)" - Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali
- 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"
- Regione Lazio Direzione Salute e Politiche Sociali. Determinazione del 20/07/2021, N G09850 Adozione del "Documento di indirizzo per la classificazione degli Eventi Avversi e degli Eventi Sentinella"
- Regione Lazio. Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita: prima emissione: 26 ottobre 2022
- Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani, 19 febbraio 2021. Centro regionale rischio clinico (CRRC).
- Protocollo della "Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero". 25 Novembre 2021. Ministero della Salute
- Determinazione Regione Lazio G16501 del 28/11/2022. Documento di indirizzo sulle buone pratiche per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)"
- Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 27 di 86

ALLEGATO 1: PIANO di AZIONE LOCALE per l'IGIENE delle MANI PARS 2025 - OBIETTIVI E ATTIVITÀ PER LA GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Indice

- A. Introduzione
- B. Rendicontazione 2024
- C. Programmazione 2025

A. INTRODUZIONE

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

Dalla definizione si desume chiaramente che le ICA sono correlate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, e possono insorgere come conseguenza di criticità di tipo strutturale e tecnologico, di carenze nelle procedure assistenziali o di comportamenti non corretti da parte degli operatori.

Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione (Infection Prevention and Control, IPC), si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%.

Fra questi interventi la **corretta igiene delle mani** rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente.

La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce a prevenire 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 (compresi quelli multiresistenti) nell'ambiente sanitario;
- c) le infezioni causate da microrganismi endogeni;
- d) la colonizzazione e infezione degli operatori sanitari.

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



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 28 di 86

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano strutturale, tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del "tutto o nulla" dei bundle, debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione. Anche nella gestione dell'emergenza pandemica da SARS-Cov-2, l'igiene delle mani, associata al distanziamento fisico e all'etichetta respiratoria, ha rappresentato un elemento di cruciale importanza per ridurre la trasmissione del virus in tutti gli ambiti, professionali e no. In ambito lavorativo, in particolare, i dispositivi medici e i dispositivi di protezione individuale sono efficaci per la protezione degli operatori solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che comprende controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici, tra i quali quelli relativi all'igiene delle mani.

Abbreviazioni:

- CC_ICA: Comitato di controllo infezioni correlate all'assistenza
- GIM: Gruppo igiene mani
- GTO: Gruppo tecnico operativo
- ISRI: infermiera specialista in rischio infettivo
- DG: Direzione generale
- DA: Direzione amministrativa
- DS: Direzione sanitaria
- UOC RU: unità operativa complessa Risorse Umane
- UOSD PSI: unità operativa semplice dipartimentale professioni sanitarie infermieristiche
- RM: Risk Management
- PSI Professioni sanitarie infermieristiche

B. RENDICONTAZIONE 2024

Il "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani".

Il Centro regionale rischio clinico (CRRC) del Lazio ha emanato il 19 febbraio 2021 il "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani". In conseguenza L'INMI Spallanzani tramite il CC-ICA e il relativo Gruppo Tecnico Operativo (GTO) ha aggiornato in data 16 marzo 2021 la propria "Procedura per l'Igiene delle mani", ai sensi del "Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani" in particolare dei punti 6- L'igiene delle mani e 7- I cinque momenti dell'igiene delle mani ed è in fase di pianificazione la sua revisione.

Con Deliberazione INMI n. **0000291 del 23/05/2024** è stata aggiornata la composizione del CC-ICA, del GTO e dell'AST e approvato il Regolamento che definisce obiettivi, attività, modalità organizzative di tutti i soggetti suddetti, operanti nel contrasto delle ICA e all'Antimicrobicoresistenza.

.Il CC-ICA ed il GTO hanno programmato l'autovalutazione delle 5 sezioni previste corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale raccomandata da OMS per il miglioramento dell'igiene delle mani e l'osservazione prevista nella Sezione C Monitoraggio e feedback del Piano Regionale.

È stato inoltre confermato il monitoraggio trimestrale del consumo delle soluzioni idroalcoliche (L/1000 gg degenza), quale indicatore indiretto dell'igiene delle mani, ma a livello regionale, nell'ambito della sorveglianza nazionale richiesta dal Ministero della Salute, i dati sul consumo della soluzione idroalcolica vengono inviati semestralmente al Seresmi che provvede poi ad inoltrarli al Ministero

 Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 29 di 86

Successivamente, l’implementazione del Piano d’Intervento Regionale sull’Igiene delle Mani è stata richiamata dalla CRRC della Regione Lazio il 25 gennaio 2022 nel “Documento di indirizzo per l’elaborazione del piano annuale per la gestione del rischio sanitario (PARS)” quale obbiettivo strategico da raggiungere sulla gestione del rischio infettivo *“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 31/12/2023 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi”*.

Sviluppo del piano locale

a) Autovalutazione

Il piano è suddiviso in azioni (ogni scheda azione è relativa ad uno dei cinque componenti della strategia multimodale) che hanno tutte come obiettivo comune quello di migliorare l’aderenza alla pratica dell’igiene delle mani per contrastare le infezioni correlate all’assistenza. Ogni scheda azione è suddivisa in 4 parti: azioni di miglioramento, responsabili, tempi, monitoraggio. Per ogni componente sono valutati anche gli indicatori di processo e/o di struttura e/o di outcome.

Autovalutazione dei 5 componenti secondo l’ <i>“Hand Hygiene Self-Assessment Framework”</i> WHO	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Monitoraggio (M)	STATO REALIZZAZIONE
	Compilazione dei questionari di autovalutazione	CC-ICA, GTO e RM		Febbraio 2025 il questionario autovalutazione è stato compilato per valutare i miglioramenti dopo interventi nei 5 componenti messi in atto nel 2024
	Presentazione autovalutazione 5 componenti durante incontro CC-ICA (14 febbraio 2025).	Risk management/ISRI		14 Febbraio 2025 feedback al CC-ICA sul livello di igiene mani dell’INMI Spallanzani raggiunto nel corso del 2024 (livello avanzato)



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 30 di 86

b) Scheda azione 1: Requisiti strutturali e tecnologici

Il componente “requisiti strutturali e tecnologici” ha mostrato un punteggio alto nel questionario di autovalutazione ed un livello avanzato (100%). Nonostante tutto il GTO ha ritenuto importante effettuare alcuni interventi per potenziare questo aspetto e fare in modo che tutti gli operatori sanitari possano effettuare l’igiene delle mani al “point of care” come indicato dal WHO.

A marzo e dicembre 2024 sono stati effettuati monitoraggi sulle condizioni di funzionalità ed igieniche dei lavandini delle zone filtro delle stanze di degenza e delle medicherie, requisiti strutturali necessari ad effettuare il lavaggio delle mani con acqua e sapone. Gli items che sono stati valutati sono: condizioni igieniche lavandini e rubinetti, presenza sapone nel dispenser a muro (dispenser provvisti di cartucce monouso, non più rabbocco), presenza salviette monouso o rotolo nel dispenser, materiale improprio sopra e dentro i lavandini, disponibilità gel idroalcolico nelle differenti aree del reparto (corridoi, zona filtro, stanze di degenza, carrelli terapia).

Il monitoraggio è stato seguito da un feedback fornito ai coordinatori e le coordinatrici, in cui si sono evidenziate alcune carenze e programmati gli interventi migliorativi necessari, p.es. sostituzione filtri dei rubinetti, procedure di decalcificazione, sostituzione dispenser e/o sostegni gel idroalcolico danneggiati o mancanti dove precedentemente installati. Va evidenziato il fatto che nell’ultimo monitoraggio effettuato a dicembre 2024 si è evidenziato un netto miglioramento in tutte le UOC di degenza.

Durante il 2024 l’approvvigionamento del gel idroalcolico presso i reparti di degenza e presso i servizi non ha mai riscontrato alcuna problematica. Si è stabilito anche, durante gli incontri del CC-ICA e del GTO, di bandire il ricorso alla soluzione idroalcolica nelle taniche da 5 litri (utilizzate durante il periodo pandemico a causa della carenza di gel idroalcolico in confezioni da 100 ml e da 500ml) le quali aumentano il rischio di contaminazione del gel a causa del rabbocco e nel 2024 la distribuzione ai reparti è avvenuta solo attraverso la farmacia.

Durante il 2024 si è provveduto ad installare i dispenser di sapone presso le zone filtro delle stanze della Terapia intensiva/Rianimazione.

Scheda azione 1 Requisiti strutturali e tecnologici	Azioni miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)	Realizzata
	Indagine sul consumo di soluzione alcolica.	Farmacia, Dir. Sanitaria, Risk Management	trimestrale. aprile/luglio/nov 2024 e gennaio 2025 e presentazione report dei dati trimestrali e annuale	Monitoraggio trimestrale per il 2024 Invio dati semestrali al SERESMI nell’ambito della Sorveglianza Nazionale del consumo di soluzione idroalcolica.	Realizzata

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 31 di 86

Scheda azione 1 Requisiti strutturali e tecnologici	Monitoraggio dello stato dei sostegni e dispenser di gel idroalcolico in tutte le stanze delle UOC di degenza e terapie intensive	Ufficio tecnico Professioni sanitarie infermieristiche	semestrale	Effettuato il monitoraggio a marzo e dicembre 2024	Realizzata
	Monitoraggio e feedback condizioni igieniche dei lavandini nelle zone filtro stanze degenza e medicherie delle unità di degenza	Direzione sanitaria, professioni sanitarie infermieristiche, RM	semestrale.	Effettuato il monitoraggio a marzo e dicembre 2024	Realizzata
	Monitoraggio e feedback disponibilità di sapone, salviette monouso gel idroalcolico nelle unità di degenza.	Direzione sanitaria, professioni sanitarie infermieristiche, RM	semestrale.	Effettuato il monitoraggio a marzo e dicembre 2024	Realizzata
	Intervento di decalcificazione dei filtri dei rubinetti dei lavandini nelle zone filtro delle stanze delle UOC di	Direzione sanitaria, professioni sanitarie infermieristiche, ufficio tecnico e	ogni 15 giorni.	Monitoraggio trimestrale.	Realizzata

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 32 di 86

	degenza.	personale igiene ambientale			
	Intervento di installazione dispenser sapone presso le zone filtro delle stanze della rianimazione 1.	Ufficio tecnico professioni sanitarie infermieristiche, risk management, servizio outsourcing di igiene ambientale	giugno 2024		Realizzata
	Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della struttura.	Dir San, Farmacia, Risk management			Realizzata La distribuzione avviene sulla base delle richieste inviate alla Farmacia da parte dei coordinatori e l’approvvigionamento nel 2024 è avvenuto senza alcuna problematica. Distribuzione anche delle soluzioni alcoliche da 100 ml.

Indicatori di struttura

Per la seguente area, si riporta di seguito la matrice di responsabilità:

	Coordinatore reparto	Farmacia	Infermiere/OSS	Ufficio tecnico
Approvvigionamento dei prodotti per l’igiene delle mani	R	C		
Immagazzinamento e distribuzione dei prodotti per l’igiene delle mani	C	R		



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 33 di 86

Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser	C		I	R
Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture	R	C	C	C
Distribuzione dei dispenser all'interno della Struttura	C	I	I	R

c) Scheda azione 2: Formazione del personale

È essenziale implementare la formazione del personale, per accrescere le loro conoscenze e aumentare la loro consapevolezza su questa misura preventiva, perché venga percepita parte fondamentale dell’assistenza.
La formazione è stata progettata su target diversi: osservatori e personale sanitario.
Durante il 2024 le formatrici/formatori che si sono occupate/i della formazione state/i 3: infermiera specialista del rischio infettivo (Risk management), infermiera responsabile come posizione organizzativa per l’umanizzazione delle cure e coordinatore infermieristico della UOC Epatologia Tutte le formatrici/formatori possedevano già conoscenze e competenze relativamente all’igiene delle mani.

A febbraio 2024 sono stati identificati nuovi osservatori dell’adesione all’igiene mani nei servizi diurni dell’Istituto con l’obiettivo di monitorare anche quelle aree che non sono solamente relative alla degenza h 24, ma dove, comunque, gli operatori sanitari forniscono assistenza (ambulatori, DH) o dove vengono effettuate pratiche diagnostiche come quelle endoscopiche; sono stati identificati anche nuovi osservatori nelle UOC di degenza che hanno sostituito colleghi che avevano rinunciato nel 2023 al proprio ruolo di osservatore.

Entro il 1° trimestre del 2024 è stato sviluppato il piano di formazione per i nuovi osservatori dell’adesione all’igiene mani e attivata la loro formazione secondo il piano formativo consegnato alla Formazione.

Gli osservatori selezionati nel 2024 sono stati inclusi in quello che è stato identificato come Gruppo Igiene Mani (GIM).
La formazione dei nuovi osservatori è stata organizzata, come avvenuto negli anni precedenti, con una metodologia blended che prevede 4 ore di teoria, 1 ora di role-playing e 2 ore di training on the job nei reparti.
Durante il 2024 sono stati formati gli operatori sanitari dei servizi (infermieri, medici ed OSS) dei servizi (in totale 121 operatori) ed effettuati alcuni incontri con gli operatori sanitari nei reparti di Epatologia, Immunodeficienze virali e Malattie infettive ad alta intensità di cura, per migliorare la tecnica con cui viene effettuate l’igiene mani con l’utilizzo del Box pedagogico.

Nel 2024 l’Azienda ha provveduto all’acquisto di un box pedagogico, strumento utile alla formazione per mostrare agli operatori sanitari se è avvenuta la corretta igiene delle mani.
Tale box pedagogico è stato utilizzato per consolidare la formazione degli operatori sanitari delle UOC di degenza avvenuta nel 2023 e per implementare la formazione degli operatori sulla corretta igiene delle mani anche in tutti gli altri servizi assistenziali. E’ stato utilizzato anche durante le giornate internazionali sull’igiene mani.

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 34 di 86

Durante il 2024 sono stati anche somministrati dei questionari agli operatori sanitari, attraverso le email aziendali e con l’utilizzo di manifesti nei reparti e servizi con QR code, per indagare la percezione che gli stessi hanno dell’igiene mani. 140 operatori sanitari hanno partecipato alla survey.

Scheda azione 2	Azioni	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)	Realizzata
Formazione dei formatori Formazione degli osservatori	Conferma dei formatori: 1 infermiera specialista in rischio infettivo, 1 PO professioni sanitarie. 1 coordinatore infermieristico	CC-ICA	febbraio 2024		Realizzata
	Stabilire il piano/calendario, per l’avvio delle attività di formazione (nuovi osservatori) e diffonderlo a tutta la Struttura attraverso mail aziendale.	Dir San Risk Management	febbraio-marzo 2024		Realizzata Piano/calendario stabilito per il training degli osservatori.
	Identificazione di ulteriori osservatori del gruppo igiene mani (GIM) per implementare la presenza degli osservatori anche nel poliambulatorio, endoscopia, APC (epatologia, MIAR immunodeficienze virali), DH unificato e POIT, ambulatorio monoclonali, accettazione/trasporti.	GTO del CC-ICA Professioni sanitarie infermieristiche Professioni sanitarie tecniche	febbraio 2024		Realizzata. Febbraio 2024. Identificati 14 nuovi osservatori
	Effettuare la formazione degli osservatori identificati nel 2024, secondo crono programma da allegare con tempi ed attività (formazione teorica, formazione pratica con role playing, formazione on the job nei	Formatori	metà marzo 2024	Valutazione continua delle competenze e da parte dei formatori durante il monitoraggio	Realizzata 21/03-22/03 teoria (4 ore/discente) Dal 3/04 al 8/04 role playing (1 ora/discente) Dall’11/04 al 30/05 training on the job nei reparti e servizi (2 ore/discente)

 Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 35 di 86

	reparti per l’attività di osservazione dell’adesione all’igiene mani)			io di luglio-ottobre 2024	
Formazione del personale	Definire un calendario, avviare e condurre laboratori all’interno dei reparti e dei servizi sulla corretta igiene delle mani, utilizzando il box pedagogico.	CC-ICA, GTO.	2°semestre 2024		Realizzata. Definito il calendario ed Effettuati molteplici laboratori solamente nelle UOC Epatologia, Immunodeficienze virali, MIAIC. I training sull’igiene delle mani attraverso l’uso del box pedagogico sono stati effettuati, in una sola sessione, in tutti i reparti e servizi durante le giornate internazionali per l’igiene mani.
	Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari	GTO, Formazio ne	3° trimestre 2024		Realizzata in forma differente, investigando la percezione degli operatori sanitari sull’igiene mani. Somministrati questionari agli operatori sanitari, attraverso le email aziendali e con l’utilizzo di manifesti nei reparti e servizi con QR code.
	Acquisire box pedagogico per effettuare training sulla corretta pratica dell’igiene mani (valutazione qualitativa) da utilizzare in esercitazioni on the job		1°semestre 2024		Realizzata

d) Scheda azione 3: monitoring e feedback

Nel 2024 è stato effettuato il monitoraggio dell’adesione all’igiene delle mani in tutte le UOC di degenza e i servizi: un monitoraggio (tempo T0) è stato effettuato per la prima volta nei servizi ambulatoriali, DH, Endoscopia, Trasporti, Accettazione e per la seconda volta nelle UOC di degenza (tempo T1). Il monitoraggio dei servizi ha previsto un totale di 200 osservazioni complessive nei servizi ambulatoriali e DH ed un totale di 100 osservazioni complessive nella UOSD Radiologia, Endoscopia, Trasporti, Accettazione. Il monitoraggio è avvenuto tra fine luglio ed ottobre 2024. Durante i monitoraggi è stato fornito agli operatori sanitari un feedback immediato. Il feedback sull’adesione dell’igiene mani valutata attraverso il monitoraggio verrà dato nel 2025.

Nel 2024 la raccolta dati è stata realizzata con l’utilizzo della piattaforma NOMOS attraverso l’utilizzo di tablet. L’analisi dei dati verrà terminata a marzo 2025.

Nel 2024 la UOC Farmacia ha continuato a valutare, trimestralmente, il consumo della soluzione idroalcolica e con il supporto della UOSD Risk Management i consumi semestrali sono stati inviati al Seresmi per la sorveglianza nazionale.

 Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 36 di 86

Scheda azione 3	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Monitoraggio(M)	STATO DI REALIZZAZIONE
Monitoraggio e Feedback	Identificare i nuovi candidati osservatori nei servizi ed in alcuni reparti	Gruppo tecnico operativo Professioni Sanitarie Infermieristiche.		Realizzata. Identificati a febbraio 2024
	Stabilire il piano/calendario, per l’avvio delle attività di monitoraggio e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura attraverso mail aziendale.	Risk Management, Dir San,		Realizzata parzialmente, solo per il monitoraggio. Il feedback verrà fornito nel 2025.
	Organizzare, con il GIM, il piano delle osservazioni dei servizi e, in una seconda fase, delle UOC di degenza.	Risk management (ISRI) GIM		Realizzata. IL monitoraggio è stato condotto nello stesso periodo di tempo sia nei reparti che nei servizi.
	Condurre osservazioni nelle UOC di degenza (200 osservazioni per UOC) e fornire un feedback immediato alla fine di ogni sessione di osservazione.	16 osservatori		Realizzata da fine luglio ad ottobre
	Condurre osservazioni nei servizi ambulatoriali, DH (200 osservazioni complessive) e UOSD Radiologia e	13 osservatori		Realizzata da fine luglio ad ottobre

--

<

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 38 di 86

	Valutare analisi consumi soluzione alcolica, con l’obiettivo di superare il valore di consumo minino di gel idroalcolico di 20 L/1000 giorni-paziente in ogni UOC di degenza.	Risk Management/Farmacia/Dir San	Ogni 6 mesi Valutare consumi parallelamente a aderenza igiene mani.	Realizzata. Report trimestrali per il consumo di gel idroalcolico nei reparti di degenza. Nel 2024, rispetto al 2023 il consumo di soluzione idroalcolica si è attestato poco al di sopra dei 20 Lt/1000 giorni-paziente, mentre nel 2023 eravamo al di sotto.
--	---	----------------------------------	--	--

Indicatori di struttura
La tabella seguente definisce i ruoli e lo stato degli indicatori di struttura che potranno essere modificati nel corso degli anni.

	CC-ICA	GTO	Coordinatori	Direzione Professioni sanitarie	Direzione sanitaria	Stato
Definizione delle attività di monitoraggio della compliance degli operatori sull’igiene delle mani	R		C	C	C	Definito
Definizione della rete di osservatori	C	C	C	R	R (per la dirigenza medica)	Definito
Formazione della rete di osservatori	C	R	I	I	I	Svolta
Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione	I	R	I	I	I	Definito
Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei	I	R	C	C	C	Definito



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 39 di 86

risultati dell’osservazione agli operatori e alla Direzione						
Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nella struttura	I	R	C	I	I	Definite

Indicatori di processo

Durante il 4° trimestre 2024 è stato possibile analizzare solamente i dati generali dell’adesione all’igiene mani degli operatori sanitari, poiché la dashboard sviluppata dalla NOMOS ci riportava solo i dati generali. E’ stato richiesto di elaborare una dashboard chiara e completa sui dati dell’adesione per tutti i reparti e i servizi. Tale dashboard è in corso di sviluppo e, pertanto, non è stato possibile effettuare l’analisi di tutti dati. Entro il I trimestre del 2025 i dati raccolti saranno analizzati al fine di misurare i seguenti indicatori di processo:

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

e) Scheda azione 4: Comunicazione permanente

Nel 2024 per poter sensibilizzare anche i pazienti, i visitatori e l’utenza esterna sul tema dell’igiene delle mani sono stati creati, stampati e distribuiti opuscoli/brochure per promuovere l’importanza di questa misura preventiva.

Per la giornata internazionale sull’igiene delle mani (5 Maggio 2024) si è voluto organizzare un’intera settimana, cercando di coinvolgere il più possibile gli operatori, organizzando dei laboratori nei vari setting assistenziali (degenza, ambulatori) con l’utilizzo del box pedagogico che permette di visualizzare se la corretta igiene delle mani è stata eseguita con il fine di incoraggiare maggiormente il personale a mettere in atto, nella maniera più appropriata, l’igiene delle mani per la sicurezza dei pazienti. Durante queste sessioni sono stati anche presentati da parte della UOC Farmacia e dagli specializzandi in Igiene di Direzione Sanitaria, il consumo della soluzione idroalcolica sia a livello nazionale, regionale e a livello del nostro Istituto.

Sempre per la giornata internazionale sull’igiene delle mani, 5 maggio 2024, si sono create delle spillette con un logo che richiami all’importanza della pratica dell’igiene delle mani e sono state distribuite agli operatori sanitari. Sono stati anche creati e stampati alcuni poster, di natura differente rispetto a quelli del WHO, che sono stati affissi nei diversi reparti e servizi.

Nel 2024, si sono girati alcuni video sull’igiene delle mani (5 scenari secondo i 5 momenti) contestualizzati alla nostra realtà ed è stato coinvolti anche il nostro personale.

Sono stati stampati e distribuiti a tutti i reparti e servizi nuovi poster del WHO su come frizionare le mani con gel, come lavare le mani con acqua e sapone e sui 5 momenti.

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 40 di 86

Scheda azione 4	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Monitoraggio(M)	STATO REALIZZAZIONE
Comunicazione permanente	Creare opuscoli e dépliant per visitatori e pazienti	Risk Management/ Professioni Sanitarie Infermieristiche/ Dir San/ Ufficio Comunicazione		Realizzata
	Creazione di spillette per gli operatori sanitari che richiamino all’importanza della pratica dell’igiene delle mani.	Risk Management/Professioni sanitarie Infermieristiche/ Dir San/Ufficio comunicazione		Realizzata
	Pianificare ed organizzare un programma per la giornata internazionale sull’igiene delle mani. (5 maggio)	Risk Management/ Professioni sanitarie infermieristiche/ Dir San/Dir Generale		Realizzata
	Rielaborare, contestualizzandolo al nostro istituto e con il supporto dei nostri operatori, il video WHO presente nel corso FAD sull’igiene delle mani.	Professioni sanitarie Infermieristiche/ Risk Management/Dir San/ ufficio comunicazione		Realizzato parzialmente. Girati i video con i nostri operatori sui 5 momenti igiene mani, ma devono essere montati nel 2025.

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 41 di 86

	In occasione della giornata dell’igiene delle mani (5 maggio), creare ed impostare su tutti i PC aziendali uno screensaver ad hoc per sensibilizzare sul tema dell’igiene mani, utilizzando eventualmente immagini fornite dall’OMS.	UOSD SIA/Dir San		Realizzata
	In occasione della giornata dell’igiene delle mani (5 maggio), pubblicare banner sul sito aziendale utilizzando immagini fornite dal WHO.	Dir San/Ufficio comunicazione		Realizzata
	Definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali (poster su indicazione igiene mani, su come frizionare le mani con soluzione alcolica e sulla corretta tecnica di lavaggio) e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati.	Professioni sanitarie infermieristiche e Servizio Protezione e prevenzione.		Realizzata.

Indicatori di struttura

Il CC-ICA nell’ambito dello sviluppo del Piano Locale ha definito le Modalità di comunicazione sull’igiene delle mani, come riassunto nella tabella soprariportata.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 42 di 86

f) Scheda azione 5: clima organizzativo e commitment

Per poter concretizzare tutti gli interventi proposti, promuovere un reale cambiamento del comportamento riguardo all’igiene delle mani e rendere l’ambiente sanitario sempre più sicuro per pazienti ed operatori, è fondamentale il supporto dei vertici aziendali (componente n. 5 del Piano).

Per questa componente si è passati da un livello “intermedio” all’inizio del 2023 evidenziato dal questionario di autovalutazione ad un livello “avanzato” nel 2024.

Per incentivare la pratica dell’igiene delle mani e promuovere tale pratica anche da parte dei coordinatori e direttori delle UOC di degenza, i training on the job per tutti gli operatori sanitari dei reparti di degenza sono stati inseriti negli obiettivi di budget.

La Direzione dell’INMI, attraverso le sue articolazioni organizzative, ha approvato formalmente e/o di fatto e finanziato ove necessario quanto descritto nelle schede di azione relative alle altre componenti del Piano sopradescritte. In particolare, ha formalmente:

- approvato PARS 2024 incluso il Piano di azione locale per l’igiene delle mani
- aggiornato la composizione del CC-ICA, del GTO e dell’AST e approvato il relativo Regolamento con Deliberazione INMI n. **0000291 del 23/05/2024** che definisce obiettivi, attività, modalità organizzative di tutti i soggetti suddetti, operanti nel contrasto delle ICA e all’antimicrobicoresistenza. Anche nel 2024 è stata richiesta alla Direzione dell’INMI di facilitare l’adesione dei componenti del GIM e di eventuali ulteriori figure professionali necessarie all’implementazione del programma tutelando e garantendo la possibilità del personale a partecipare attivamente all’attuazione degli interventi senza che questo comporti difficoltà nella gestione dell’orario lavorativo da dedicare all’assistenza diretta al paziente. L’impegno dell’Azienda nel garantire questo aspetto deve essere garantito in modo più concreto. Nel 2025 sarà ulteriormente necessario il commitment.

Nel 2024 è stato finanziato l’acquisto di una piattaforma informatica che ha facilitato la raccolta dati durante il monitoraggio dell’adesione igiene mani poiché si sono utilizzati dei tablets (scheda OMS formato elettronico) e non più dei moduli cartacei. Ciò ha ridotto il tempo di raccolta dati e anche il rischio di errore nel trasferire i dati dal modulo cartaceo al DB Access (utilizzato precedentemente).

Indicatori di struttura

I seguenti indicatori sono stati definiti e potranno essere aggiornati nel corso del 2025 da parte delle Direzioni Generale e/o Sanitaria dell’Istituto

- Istituzione di un CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo
- Regolamento del CCICA
- Adozione del PARS e del Piano Azione Locale Igiene Mani

Indicatori di processo

- Monitoraggio delle azioni previste nel PARS con cadenza semestrale: responsabile UOSD Risk management

C. SVILUPPO DEL PIANO LOCALE per l’IGIENE delle MANI 2025

La definizione del Piano Azione locale Igiene Mani 2025, il suo sviluppo ed il raggiungimento del livello intermedio- avanzato rappresenta l’attività B1I25 del PARS 2025 dell’INMI. L’ Attività B2I35 del PARS prevede l’elaborazione dei dati di consumo delle soluzioni idroalcoliche, anche ai sensi del protocollo della “Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l’igiene delle mani in ambito ospedaliero”. 25 Novembre 2021. Ministero della Salute.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 43 di 86

Obiettivo: raggiungimento del livello intermedio, o superiore, in tutte le componenti

g) Autovalutazione

Per poter valutare i miglioramenti dopo gli interventi messi in atto nei 5 componenti e stabilire il livello raggiunto all’INMI Spallanzani, riguardo all’igiene delle mani, a febbraio 2025, da parte del Gruppo Tecnico operativo del CC-ICA, è stato compilato il questionario di **autovalutazione di tutti e 5 i componenti del bundle (scheda azione)**.
Il feedback relativamente al punteggio/livello raggiunto per ogni singolo dei 5 componenti ed il punteggio/livello totale (avanzato) è stato fornito a Febbraio 2025 durante il CC-ICA periodico.

Il punteggio che ne è derivat ha fornito al CC-ICA e GTO indicazioni su quali siano le aree prioritarie per il raggiungimento ed il mantenimento del livelloavanzato, entro la fine dell’anno.

Autovalutazione dei 5 componenti secondo l’“Hand Hygiene Self-Assessment Framework” WHO	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio (M)
	Compilazione dei questionari di autovalutazione	CC-ICA, GTO e RM	Febbraio 2025 (già realizzata)	febbraio 2026 ripetizione questionario autovalutazione per valutare i miglioramenti dopo interventi nei 5 componenti del piano messi in pratica durante il 2025
	Presentazione autovalutazione 5 componenti durante incontro CC-ICA-GTO. Illustrare obiettivi raggiunti, interventi implementati, criticità del Piano locale igiene mani 2024 e le priorità per il Piano locale 2025	Risk management/ISRI	Febbraio 2025 (già realizzata)	Febbraio 2026 presentazione e valutazione da parte del CC-ICA e GTO e ASTdei risultati e obiettivi raggiunti.

h) Scheda azione 1: Requisiti strutturali e tecnologici

Fin dal 2022 la direzione strategica ha dato parere favorevole all’installazione di dispenser di soluzione idroalcolica in tutte le stanze di degenza e i corridoi dei reparti.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 44 di 86

Il processo di installazione dei dispenser in tutte le stanze di degenza iniziato nel 2022, è stato completato a marzo 2023. Attualmente i dispenser di gel idroalcolico sono presenti in tutti i reparti (corridoi, stanze pazienti, zone filtro stanze pazienti, carrelli terapia). Il monitoraggio è programmato semestralmente. Sono disponibili confezioni individuali. Il monitoraggio sulle condizioni di funzionalità ed igieniche dei lavandini delle zone filtro delle stanze di degenza e delle medicherie, requisiti strutturali necessari ad effettuare il lavaggio delle mani con acqua e sapone, è programmato semestralmente e verrà condotto nei mesi di marzo e novembre 2025. Gli items che sono valutati sono: condizioni igieniche lavandini e rubinetti, presenza sapone nel dispenser a muro (dispenser provvisti di cartucce monouso, non più rabbocco), presenza salviette monouso o rotolo nel dispenser, materiale improprio sopra e dentro i lavandini. Il monitoraggio verrà seguito da un feedback fornito ai coordinatori e le coordinatrici; se si dovessero riscontrare alcune carenze e criticità verranno programmati interventi migliorativi necessari (p.es. sostituzione filtri dei rubinetti, procedure di decalcificazione, sostituzione dispenser danneggiati). Il piano di approvvigionamento di soluzione alcolica dovrà continuare a consentire di soddisfare le necessità della struttura.

Scheda azione 1	Azioni miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)
Requisiti strutturali e tecnologici	Indagine sul consumo di soluzione alcolica.	Farmacia, Dir.Sanitaria, Risk Management	trimestrale. aprile/luglio/ nov 2025 e gennaio 2026 presentazione report dei dati trimestrali.	Monitoraggio trimestrale per il 2025 Invio dati semestrali alla Regione (referente regionale Seresmi)
	Monitoraggio dello stato dei sostegni e dispenser di gel idroalcolico in tutte le stanze delle UOC di degenza e terapie intensive.	ufficio tecnico, professioni sanitarie infermieristiche.	semestrale	Entro marzo 2025 (1°) Entro novembre 2025 (2°)
	Monitoraggio e feedback condizioni igieniche dei lavandini nelle zone filtro stanze degenza e medicherie delle unità di degenza	Direzione sanitaria, professioni sanitarie infermieristiche, RM	semestrale.	Entro marzo 2025 (1°) Entro novembre 2025 (2°)

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 45 di 86

	Monitoraggio e feedback disponibilità di sapone, salviette monouso gel idroalcolico nelle unità di degenza.	Direzione sanitaria, professioni sanitarie infermieristiche, RM	semestrale.	Entro marzo 2025 (1°) Entro novembre 2025 (2°)
	Intervento di decalcificazione dei filtri dei rubinetti dei lavandini nelle zone filtro delle stanze delle UOC di degenza.	Direzione sanitaria, professioni sanitarie infermieristiche, RM, ufficio tecnico e personale igiene ambientale	ogni 15 giorni	Monitoraggio trimestrale
	Presenza di un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della struttura.	Dir San, Farmacia, Risk management	Mensile, sulla base delle richieste inviate dai coordinatori	
	Revisione Procedura sull’igiene mani, elaborata nel 2021 (Rev. n.2 del 16/03/2021)	Direzione sanitaria, professioni sanitarie infermieristiche, RM, componenti gruppo GIM (medico ed infermiere), UOC Farmacia,		



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 46 di 86

INDICATORI DI STRUTTURA

Nel corso del primo semestre del 2025 saranno messe in atto le attività secondo la seguente matrice di responsabilità:

	Coordinatore reparto	Farmacia	Infermiere/OSS	Ufficio tecnico
Approvvigionamento dei prodotti per l’igiene delle mani	R	C		
Immagazzinamento e distribuzione dei prodotti per l’igiene delle mani	C	R		
Modalità di manutenzione dei lavandini e dei dispenser	C		I	R
Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture	R	C	C	C
Distribuzione dei dispenser all’interno della Struttura	C	I	I	R

i) Scheda azione 2: Formazione del personale

La formazione nel 2024 è stata progettata su target diversi: osservatori e personale sanitario.

Le formatrici/formatori, nel 2024 sono stati/e 4: 2 infermiere specialiste del rischio infettivo (Risk management), infermiera responsabile come posizione organizzativa per l’umanizzazione delle cure ed 1 coordinatore infermieristico.

All’inizio di febbraio 2025 sono stati identificati 3 nuovi osservatori dell’adesione all’igiene mani poiché parte del personale che ricopriva questo ruolo si è trasferito ad altre aziende e 1 osservatrice è stata sostituita. Durante il mese di febbraio si è anche deciso in accordo con la Direzione Sanitaria e la Direzione delle Professioni Infermieristiche di non confermare la presenza di un osservatore nel servizio trasporti. Data la natura estremamente itinerante delle attività svolte dal personale del servizio trasporti, è stato valutato più appropriato affidare il monitoraggio dell’adesione all’igiene delle mani al personale dei vari reparti, dove gli operatori del servizio trasporti intervengono su richiesta. Questa decisione mira a garantire un monitoraggio più efficace e contestuale all’ambito operativo in cui si svolge l’attività assistenziale.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 47 di 86

Entro il 1° trimestre del 2025 sarà sviluppato il piano di formazione per i 3 nuovi osservatori dell’adesione all’igiene mani e verrà attivata la loro formazione secondo il piano formativo già consegnato alla Formazione.

Gli osservatori selezionati saranno inclusi in quello che è stato identificato come Gruppo Igiene Mani (GIM).
La formazione dei nuovi osservatori verrà organizzata, come avvenuto nel 2024, con una metodologia blended che prevede 4 ore di teoria, 1 ora di role-playing e 2 ore di training on the job nei reparti.

Attualmente è disponibile in Istituto un box pedagogico utilizzato per consolidare la formazione di tutti gli operatori sanitari e per implementare tale formazione sulla corretta igiene delle mani.

Nel 2025 inizierà una formazione aziendale sulla prevenzione delle ICA, che comprende anche l’igiene delle mani, per gli addetti alle pulizie e al servizio di ausiliariato. Il corso nasce dall’esigenza di fornire competenze specifiche anche al personale che fa parte delle ditte del servizio esternalizzato che svolgono un ruolo fondamentale nella prevenzione delle ICA, soprattutto presso le aree ad alto e altissimo rischio ospedaliere e negli ambulatori.

Scheda azione 2	Azioni	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)
Formazione dei formatori	Conferma dei formatori: 2 infermiere specialiste in rischio infettivo, 1 PO professioni sanitarie. 1 coordinatore infermieristico	CC-ICA	febbraio 2025	
Formazione degli osservatori	Stabilire il piano/calendario, per l’avvio delle attività di formazione (nuovi osservatori, retraining osservatori, formazione personale ditta pulizie ed ausiliariato) e diffonderlo a tutta la Struttura attraverso mail aziendale.	Dir San Risk management	febbraio-marzo 2025	

 Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 48 di 86

	Identificazione di 3 nuovi osservatori del gruppo igiene mani (GIM): 1 Anestesista che sostituisce la collega che c’era precedentemente e 2 assistenti sanitarie.	RM, Direzione Sanitaria	febbraio 2025	
	Effettuare retraining di tutti gli osservatori identificati negli anni precedenti, secondo crono programma da allegare con tempi ed attività (formazione on the job nei reparti per l’attività di osservazione dell’adesione all’igiene mani)	Formatori	Metà marzo 2025	Valutazione continua delle competenze da parte dei formatori durante monitoraggio 2025.
Formazione del personale	Consegna ai neoassunti della Procedura Igiene Mani e utilizzo box pedagogico	Direzione professioni sanitarie infermieristiche/RM/SPP	12 mesi	Invio e-mail di invito e firma di presenza
	Formazione personale esternalizzato della ditta pulizia ed ausiliario.	Direzione professioni sanitarie infermieristiche/RM		Svolgimento del corso, firme di presenza

INDICATORI DI STRUTTURA

Il CC-ICA ha proposto nell’ambito del Piano Formativo Aziendale, approvato a febbraio 2025, la programmazione di iniziative formative specifiche d’aula e on the job osservatori e personale sanitario

j) Scheda azione 3: monitoring e feedback

Per il 2025 è previsto un monitoraggio dell’adesione all’igiene delle mani nelle UOC di degenza e nei servizi che potrebbe essere svolto durante i tre mesi estivi (luglio-settembre). Nelle UOC di degenza verranno effettuate 200 osservazioni, mentre per i servizi ne saranno necessarie 100.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 49 di 86

. Durante i monitoraggi sarà essenziale fornire agli operatori sanitari un feedback immediato.

La raccolta e l’analisi dei dati avverranno attraverso l’utilizzo della piattaforma informatica Nomos.
Nel 2024 la UOC Farmacia continuerà a valutare, trimestralmente, il consumo della soluzione idroalcolica e in collaborazione con la Direzione Sanitaria ed il Risk Management presenterà i dati al personale sanitario delle UOC.
La UOC Farmacia sempre in collaborazione con il personale del Risk Management invierà, semestralmente, i dati sul consumo della soluzione idroalcolica al Seresmi per contribuire alla sorveglianza nazionale del consumo di gel.

Scheda azione 3	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)
Monitoraggio e Feedback	Stabilire il piano/calendario, per l’avvio delle attività di monitoraggio e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura attraverso mail aziendale.	Risk Management, Dir San,	aprile-maggio 2025	
	Organizzare, con il GIM, il piano delle osservazioni delle UOC di degenza e dei servizi.	Risk management (ISRI) GIM	maggio 2025	
	Condurre osservazioni nelle UOC di degenza (200 osservazioni per UOC) e fornire un feedback immediato alla fine di ogni sessione di osservazione.	16 osservatori	Luglio-sett 2025	

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 50 di 86

Monitoraggio e Feedback	Condurre osservazioni nei servizi ambulatoriali, DH (100 osservazioni complessive) Endoscopia, Trasporti, Accettazione, (100 osservazioni complessive) e fornire un feedback immediato alla fine di ogni sessione di osservazione.	14 osservatori	Luglio-sett 2025	
	Analisi dati (per servizio, per operatore, cioè medici, inf., OSS, per indicazione etc.)	Risk Management, GTO	ottobre 2025	
	Feedback sull’aderenza igiene mani al GIM, al CC-ICA/GTO e a tutti gli operatori sanitari delle UOC di degenza e i servizi (mail everyone e diffusione tramite sito intranet, nelle pagine dedicate al CC-ICA; incontri nei servizi)	Risk Management (ISRI)+ GIM	novembre-dicembre 2025	Svolgimento incontri con reparti
	Valutare analisi consumi soluzione alcolica, con l’obiettivo di superare il valore di consumo minino di gel idroalcolico di	Risk Management/Farmacia/Dir San	Ogni trimestre	Valutare consumi parallelamente a aderenza igiene mani.

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 51 di 86

	20 L/1000 giorni-paziente in ogni UOC di degenza.			
Monitoraggio e Feedback	Presentazione periodica ai reparti del consumo del gel idroalcolico	UOC Farmacia/RM		Svolgimento di audit con i reparti sul consumo di gel idroalcolico
Monitoraggio e Feedback	Restituzione dati sondaggio sull’igiene delle mani dei sanitari	UOC Farmacia/RM	Entro giugno 2025	Svolgimento incontri con reparti

INDICATORI DI STRUTTURA

La tabella seguente definisce i ruoli e lo stato degli indicatori di struttura che potranno essere modificati nel corso del 2024.

	CC-ICA	GTO	Coordinatori	Direzione Professioni sanitarie	Direzione Professioni tecniche	Direzione sanitaria	Stato
Definizione delle attività di monitoraggio della compliance degli operatori sull’igiene delle mani	R	C	C	C	C	C	Definito
Definizione della rete di osservatori dei servizi	C	C	C	R	R	R (per la dirigenza)	Definito
Formazione della rete di osservatori dei servizi	C	R	I	I	I	I	Definito
Definizione della cadenza e delle	I	R	I	I	I	I	Definito (annuale)

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 52 di 86

modalità di esecuzione delle attività di osservazione							
Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell’osservazione agli operatori e alla Direzione	I	R	C	C	I	C	Definito (annuale)
Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nella struttura	I	R	C	I	I	I	Definite

INDICATORI DI PROCESSO

All’ inizio del 4° trimestre 2025 i dati raccolti sull’adesione all’igiene mani degli operatori sanitari saranno analizzati al fine di misurare i seguenti indicatore di processo:

-Percentuale di azioni di igiene delle mani effettuate correttamente dagli operatori sul totale delle opportunità

Durante ogni trimestre 2025 i dati raccolti sul consumo di soluzione idroalcolica per l’igiene mani degli operatori sanitari saranno analizzati al fine di misurare il seguente indicatore di processo:

-Quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l’igiene delle mani utilizzata per mille giornate di degenza

Report trimestrali

k) Scheda azione 4: Comunicazione permanente

Nella tabella sottostante sono riportati tutti gli interventi che saranno messi in atto nel 2025 per ciò che concerne l’area della comunicazione permanente.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 53 di 86

Scheda azione 4	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)
Comunicazione permanente	Evento Giornata 5 maggio Igiene delle Mani – flash mob ore 12:00 presso piazzale fontana (o ingresso NOS) in occasione del quale verrà realizzata una fotografia celebrativa della Giornata Mondiale dell’Igiene delle mani. Gli operatori sanitari indosseranno magliette con il messaggio di promozione dell’igiene delle mani. La foto verrà poi inviata a tutto il personale, pubblicata sul sito e affissa nei reparti.	RM, DS, PSI, PST, Comunicazione	Marzo-aprile 2025	Affissione di un Poster in tutti i punti di timbratura cartellino per invito al flash mob del 5 maggio 2025
	Pianificare ed organizzare un programma per la giornata internazionale sull’igiene delle mani. (5 maggio)	Risk Management/ Professioni sanitarie infermieristiche/ Dir San/Dir Generale	Da marzo 2024	
	Montaggio dei 5 video girati con gli operatori sanitari dell’Istituto sui 5 momenti dell’igiene mani.	Professioni sanitarie Infermieristiche/ Risk Management/Ufficio Comunicazione	Aprile-maggio 2025	

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 54 di 86

	Pubblicazione sulle principali pagine Social di INMI (Linkedin, Instagram, Facebook, etc..) sulla Giornata Internazionale Igiene Mani	RM, DS, Comunicazione	Maggio 2025	Pubblicazione sui Social INMI
	Stampare e Sostituire cartellonistica su indicazione igiene mani, su come frizionare le mani con soluzione alcolica e sulla corretta tecnica di lavaggio) se obsoleti o danneggiati o, comunque, ogni 2 anni	Professioni sanitarie infermieristiche/ Servizio Protezione e prevenzione/Economato/ Direzione sanitaria	Ogni 2 anni	

INDICATORI DI STRUTTURA

Il CC-ICA nell’ambito dello sviluppo del Piano Locale ha definito le Modalità di comunicazione sull’igiene delle mani, come riassunto nella tabella soprariportata.

I) Scheda azione 5: clima organizzativo e committment

La Direzione dell’INMI, attraverso le sue articolazioni organizzative, ha approvato formalmente e/o di fatto e finanziato ove necessario quanto descritto nelle schede di azione relative alle altre componenti del Piano sopradescritte ed approvato il PARS 2025, incluso il presente Piano di azione locale per l’igiene delle mani.

Per il 2025 sarà necessario che da parte della Direzione dell’INMI si continui a facilitare l’adesione dei componenti del GIM e di eventuali ulteriori figure professionali necessarie all’implementazione del programma. A tal fine andrà tutelata e garantita la possibilità del personale a partecipare attivamente all’attuazione degli interventi senza che questo comporti difficoltà nella gestione dell’orario lavorativo da dedicare all’assistenza diretta al paziente.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 55 di 86

Scheda azione 5	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)
clima organizzativo e committment	Organizzazione giornata 5 maggio Igiene delle Mani – flash mob	RM, DS, DG, PSI, PST, Comunicazione	Marzo-aprile 2025	Produzione di fotografie
	Inserimento negli obiettivi di budget realizzazione del monitoraggio all’adesione dell’igiene delle mani	DS, DA, DG	Marzo-dicembre 2025	Realizzazione delle osservazioni e compilazione delle schede da parte degli osservatori delle singole UOC/Servizi (GIM)
	Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	GIM		
	Attivazione di un sistema (es. spilletta) per identificare i “leader” per l’igiene delle mani ovvero il GIM	DS, PSI, RM, Ufficio Comunicazione	Entro giugno 2025	Consegna attestato e spillette di riconoscimento

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 56 di 86

	Riunioni bimestrali del GIM		12 mesi	Foglio firme

- INDICATORI DI STRUTTURA**
- I seguenti indicatori sono stati definiti e potranno essere aggiornati nel corso del 2025 da parte delle Direzioni Generale e/o Sanitaria dell’Istituto
- Istituzione di un CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo
 - Regolamento del CCICA
 - Adozione del PARS e del Piano azione locale igiene mani
- INDICATORI DI PROCESSO**
- Monitoraggio delle azioni previste nel PARS con cadenza semestrale: responsabile UOSD Risk management.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 57 di 86

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE RELATIVO ALL’ANNO 2024



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	10
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	10

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

100



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 58 di 86

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
B.1 Formazione degli operatori sanitari		
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Mai	0
	Una tantum	5
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	20
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	0
	Sì	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	Sì	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	Sì	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani	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	10
	Sì	10

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

90



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 59 di 86

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

90

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 60 di 86

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%)	X
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%)	X
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%)	X
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	X
	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	NO	0
	Sì	X
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	X
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	NO	0
	Sì	X

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

95



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 61 di 86

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	5
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	5
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo 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

INADEGUATO	0-25
BASE	26-50
INTERMEDIO	51-75
AVANZATO	76-100

100



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 62 di 86

RISULTATI DEL MONITORAGGIO DELL’ADESIONE GENERALE DELL’IGIENE DELLE MANI PRESSO LE UOC DI DEGENZA E I SERVIZI DELL’INMI SPALLANZANI RELATIVO ALL’ANNO 2024

BACKGROUND

La **corretta igiene delle mani** rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all’altro e limitare la diffusione della resistenza antimicrobica (WHO, 2009).

Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre un’infezione associata all’assistenza (ICA) si riduce drasticamente (Centro Regionale Rischio Clinico, 2021)

Purtroppo, il livello di adesione a questa pratica è, spesso, inaccettabilmente basso. Il tasso medio della *compliance* dell’igiene delle mani è di circa il 40% in tutti i *setting*, le situazioni e le professioni (Michael Meng, 2019). Questa percentuale, in media, è ancora più bassa nelle terapie intensive ed è circa 30% (Donna Armellino, 2012) (Michael Meng, 2019) (Erasmus V., 2010)

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l’adesione a tale pratica attraverso “azioni articolate sul piano strutturale, tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del “tutto o nulla” dei bundle, debbono essere adottate integralmente” (Centro Regionale Rischio Clinico, 2021).

Il monitoraggio continuo dell’implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico assistenziale, è un momento fondamentale della strategia multimodale dell’OMS. Il monitoraggio dell’igiene delle mani insieme al feedback dovrebbero essere considerati degli indicatori chiave di performance in ogni Paese (WHO, 2009). Il *gold standard* per il monitoraggio è l’osservazione diretta effettuata da osservatori adeguatamente formati e deve essere considerata un indicatore diretto della performance relativa all’igiene delle mani (WHO, 2009). Un ulteriore indicatore, indiretto, della performance è il consumo della soluzione alcolica calcolato per L/1000 giorni paziente (WHO, 2009) (Centro Regionale Rischio Clinico, 2021).

Il presente documento riporta i risultati del monitoraggio dell’adesione all’igiene delle mani effettuato presso l’INMI e delinea i prossimi interventi da implementare nell’ambito della strategia multimodale per favorire l’adesione a tale pratica.

METODI MONITORAGGIO ADERENZA IGIENE MANI

L’ultimo monitoraggio dell’adesione all’igiene mani presso il nostro istituto è stato effettuato nel 2022 solamente nelle UOC di degenza e nelle terapie intensive. Furono formati un medico e un infermiere/a per ogni UOC di degenza come osservatori per l’adesione all’igiene delle mani. L’adesione generale era risultata pari al 39%.

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 63 di 86

Sulla base dei risultati ottenuti nel 2023 e nel 2024 sono stati elaborati i piani di azione locale sull’igiene delle mani come richiesto dalla Regione Lazio secondo le indicazioni fornite dal documento redatto nel 2021 (Centro Regionale Rischio Clinico, 2021).

Nel 2023 oltre ad un medico ed un infermiere all’interno di ogni UOC di degenza, formati come osservatori, sono stati identificati e formati (marzo 2023) ulteriori osservatori ed è stato incluso anche il monitoraggio della UOSD Radiologia e diagnostica per immagini: 2 medici (rianimazione e radiologia), 3 infermieri (per sostituire alcuni infermieri che per impegni personali avevano rinunciato al ruolo), 1 tecnico radiologo, 2 medici specializzandi in igiene come supporto.

Nel 2023 è stato svolto anche un retraining on the job per gli osservatori delle UOC di degenza con l’obiettivo di consolidare abilità nell’osservazione e trasferire agli osservatori anche competenze di *trainers* (train the *trainers*).

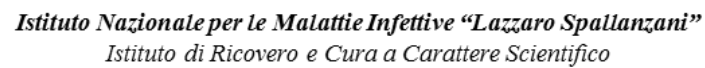
A novembre e dicembre del 2023 gli osservatori formati anche come *trainers* hanno svolto una formazione obbligatoria sull’igiene mani per tutti gli operatori sanitari delle UOC di degenza con strategia training on the job (affiancamento + feedback immediato).

Alla fine del 2023 è stato effettuato il primo monitoraggio nella UOSD Radiologia e diagnostica per immagini che ha rilevato una compliance all’igiene delle mani del 46%.

Nel 2024 il GTO (gruppo tecnico operativo del CC-ICA) ha stabilito di monitorare anche l’adesione all’igiene delle mani nei servizi ambulatoriali, Day Hospital, Endoscopia, Trasporti, Accettazione, e di fornire un feedback immediato alla fine di ogni sessione di osservazione.

A metà marzo 2024 è stata effettuata la formazione degli osservatori identificati per ogni servizio, (formazione teorica, formazione pratica con role playing, formazione on the job nei reparti per l’attività di osservazione dell’adesione all’igiene mani).

Nel 2024 l’Istituto ha acquisito un nuovo strumento informatico (piattaforma) per migliorare la raccolta dati per il monitoraggio dell’adesione all’igiene mani. L’obiettivo era quello di semplificare tale raccolta, passando dall’utilizzo della scheda cartacea dell’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ad una scheda digitale (Figura 1). Con il supporto del CED (Centro Elaborazione Dati) e del personale dell’helpdesk sono stati distribuiti alcuni tablets ad ogni UOC di degenza e ad ogni servizio.



Pagina 64 di 86

AZIENDA SANITARIA		NUMERO PERIODO		NUMERO SESSIONE	
STRUTTURA		DATA	16/12/2024	OSSERVATORE	
CAT. DIPARTIMENTO *		INIZIO/FINE *	10:30	PAGINA	
DIPARTIMENTO *		DURATA SESSIONE			
U.O./AREA FUNZIONALE *					
CITTÀ					

PROF. CATEG.		PROF. CATEG.		PROF. CATEG.		PROF. CATEG.	
CODICE		CODICE		CODICE		CODICE	
CONTA		CONTA		CONTA		CONTA	

OPP. 1	INDICAZIONE	AZIONE IGIENE MANI	OPP. 1	INDICAZIONE	AZIONE IGIENE MANI	OPP. 1	INDICAZIONE	AZIONE IGIENE MANI	OPP. 1	INDICAZIONE	AZIONE IGIENE MANI
	☐ pr-cont.	☐ frizione		☐ pr-cont.	☐ frizione		☐ pr-cont.	☐ frizione		☐ pr-cont.	☐ frizione
	☐ pr-aseps.	☐ lavaggio		☐ pr-aseps.	☐ lavaggio		☐ pr-aseps.	☐ lavaggio		☐ pr-aseps.	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nessuna		☐ dp-fluido	☐ nessuna		☐ dp-fluido	☐ nessuna		☐ dp-fluido	☐ nessuna
	☐ dp-cont.	☐ guanti		☐ dp-cont.	☐ guanti		☐ dp-cont.	☐ guanti		☐ dp-cont.	☐ guanti
	☐ dp-circ.			☐ dp-circ.			☐ dp-circ.			☐ dp-circ.	
	☐ in			☐ in			☐ in			☐ in	
	☐ out			☐ out			☐ out			☐ out	
OPP. 2	INDICAZIONE	AZIONE IGIENE MANI	OPP. 2	INDICAZIONE	AZIONE IGIENE MANI	OPP. 2	INDICAZIONE	AZIONE IGIENE MANI	OPP. 2	INDICAZIONE	AZIONE IGIENE MANI
	☐ pr-cont.	☐ frizione		☐ pr-cont.	☐ frizione		☐ pr-cont.	☐ frizione		☐ pr-cont.	☐ frizione
	☐ pr-aseps.	☐ lavaggio		☐ pr-aseps.	☐ lavaggio		☐ pr-aseps.	☐ lavaggio		☐ pr-aseps.	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nessuna		☐ dp-fluido	☐ nessuna		☐ dp-fluido	☐ nessuna		☐ dp-fluido	☐ nessuna
	☐ dp-cont.	☐ guanti		☐ dp-cont.	☐ guanti		☐ dp-cont.	☐ guanti		☐ dp-cont.	☐ guanti
	☐ dp-circ.			☐ dp-circ.			☐ dp-circ.			☐ dp-circ.	

Adesione PROF. CATEG.

Adesione INDICAZIONE

Tra giugno e luglio 2024 sono stati effettuati alcuni corsi di formazione per gli osservatori su come utilizzare la scheda OMS digitalizzata con l’ausilio dei tablet.

Di seguito viene riportata la metodologia con la quale gli osservatori hanno compilato la scheda OMS digitalizzata durante le osservazioni:

Griglia dei dati per l'osservazione: la griglia è costituita da quattro colonne, ciascuna delle quali è dedicata ad una categoria professionale

Gli operatori sanitari sono stati classificati nelle seguenti categorie:

- Infermiere/a
- Medico
- Studente di medicina/specialista in formazione
- OSS

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 65 di 86

- Altro operatore sanitario coinvolto nell’assistenza al paziente
 - Terapista (fisioterapista, ergoterapista, audiologo, logopedista, ecc.)
 - Tecnico (radiologo, tecnico cardiologo, sala operatoria tecnico, tecnico di laboratorio
 - Altro (dietologo, dentista, assistente sociale, altro operatore sanitario)

Ciascuna riga della griglia corrisponde a un’opportunità dove sono inserite le indicazioni e le azioni osservate.

Opportunità: è l’oggetto di attenzione per l’osservatore. Dal punto di vista dell’osservatore, l’opportunità sussiste ogni volta che si presenta ed è osservata una delle indicazioni per l’igiene delle mani. Ciascuna opportunità deve corrispondere a un’azione. Un’opportunità può essere determinata da diverse indicazioni. Ciò significa che ci possono essere numerose ragioni contemporanee per l’azione d’igiene delle mani. L’opportunità è un’unità da conteggiare per verificare l’azione conseguente; determina la necessità di effettuare l’igiene delle mani, sia nel caso in cui la ragione (indicazione che determina l’azione) sia singola, che multipla. Costituisce il denominatore per misurare il tasso di adesione all’igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.

NB: Ogni opportunità richiede un’azione di igiene delle mani.

Indicazione: è la ragione per cui l’igiene delle mani è necessaria in un dato momento. È giustificata dal rischio di trasmissione di germi da una superficie all’altra. È formulata in relazione ad un punto di riferimento temporale: “prima” o “dopo” il contatto. Le indicazioni “prima” è “dopo” non corrispondono necessariamente all’inizio e alla fine della sequenza di trattamento o dell’attività. Si verificano durante gli spostamenti tra due luoghi, durante la transizione tra compiti successivi in prossimità dei pazienti, tra pazienti o a una certa distanza da essi. Nel modulo di osservazione l’indicazione è codificata come segue:

- prima del contatto con il paziente
- prima di una manovra asettica
- dopo manovre a rischio di esposizione con fluido corporeo
- dopo il contatto con il paziente
- dopo il contatto con ciò che circonda il paziente

Azione: per ogni indicazione deve essere documentata l’attività corrisposta. L’azione eseguita (azione positiva) può essere ottenuta in due modi: frizionando le mani con un prodotto a base alcolica (frizione) oppure lavandole con acqua e sapone (lavaggio).

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 66 di 86

L’osservatore ha compilato la scheda come segue:

- Azione eseguita (o azione positiva)
 - a. Frizione con un prodotto (soluzione\gel) a base alcolica = frizione
 - b. Lavaggio con acqua e sapone = lavaggio
- Azione non eseguita (o azione negativa) = nulla.
 - a. nessuna azione
 - b. uso di guanti. L’uso dei guanti è stato registrato solo quando l’operatore sanitario sotto osservazione indossava i guanti nel momento in cui si è presentata l’occasione e non ha eseguito un’azione di igiene delle mani.
 - c. frizione guanti

Durante il periodo dell’epidemia causata da Sars CoV 2, una pratica diffusa da parte degli operatori sanitari durante l’assistenza ai pazienti, era quella dell’utilizzo del doppio guanto e della sanificazione dei guanti invece che delle mani. Il Gruppo Tecnico Operativo del CC_ICA (GTO) ed il GIM (Gruppo igiene Mani) hanno deciso di inserire nella scheda d’osservazione anche la voce “frizione guanti”, per quantificare la percentuale di tale consuetudine, considerandola come “non adesione” all’igiene delle mani. Attualmente questa pratica non è più così diffusa, ma il GTO ha deciso di continuare a monitorarla perché ancora viene messa in atto da alcuni operatori, anche se più raramente.

I dati di osservazione sono stati raccolti in modo anonimo e riservato.

L’osservazione è stata formalmente annunciata alla/al coordinatrice/coordinatore infermieristico e al responsabile medico del reparto. Gli operatori sanitari sono stati informati dell’osservazione e del modo in cui la raccolta di informazioni sarebbe stata utilizzata.

L’osservazione è stata condotta nel rispetto della privacy dei pazienti.

L’osservazione non ha riguardato la gestione di un paziente con un’emergenza, in quanto non rappresenta una situazione standard.

Si è stabilito, come riportato nel documento regionale, di osservare un minimo di 200 opportunità per ciascuna Unità Operativa e servizio, distribuite per tipo di operatore sanitario in base alla loro proporzione in ogni unità.

La percentuale di adesione è stata calcolata rapportando il numero di adesioni all’igiene mani (lavaggio mani con acqua e sapone o frizione con gel idroalcolico) al numero di eventi registrati (opportunità).

 <i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 67 di 86

Oltre al monitoraggio dell’adesione all’igiene mani, nel mese di giugno, luglio e dicembre 2024 sono stati effettuati alcuni audit e forniti successivamente dei feedback ai coordinatori delle UOC di degenza e della terapia intensiva sulle condizioni igieniche dei lavandini e sulla disponibilità del gel idroalcolico nei reparti, al fine di valutare l’accessibilità degli operatori sanitari a tali risorse e facilitare così l’igiene delle mani. Inoltre, trimestralmente vengono elaborati, da parte della UOC Farmacia, i dati sul consumo del gel idralcolico nelle UOC di degenza e semestralmente inviati i dati (in collaborazione con la UOSD Risk Management) al Seresmi, il quale, poi, li trasmette alla Regione nell’ambito della Sorveglianza Nazionale della Soluzione Idro-alcolica (CSIA) affidata all’Istituto Superiore di Sanità.

Infine, nel mese di luglio 2024 è stato inviato a tutti gli operatori sanitari un questionario anonimo da compilare online per indagare meglio come l’igiene delle mani viene applicata nella pratica clinica e quali sono le barriere incontrate quotidianamente che possono contribuire alla non adesione a tale misura. Nel mese di novembre il questionario è stato riproposto agli operatori sanitari affiggendo nelle medicherie delle UOC di degenza e di alcuni servizi alcune locandine con un QR code, scansionando il quale gli operatori sanitari potevano compilarlo. L’analisi dei dati verrà effettuata dalla UOC Farmacia, in collaborazione con la UOSD Risk Management.

RISULTATI.

1. Adesione all’igiene delle mani generale e per categoria professionale

Sono state osservate in totale 3286 opportunità e l’adesione generale all’igiene delle mani da parte degli operatori sanitari presso l’INMI “Lazzaro Spallanzani” di Roma, è risultata pari all’81% come mostrato dal grafico 1 e dalla tabella 1.



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 68 di 86

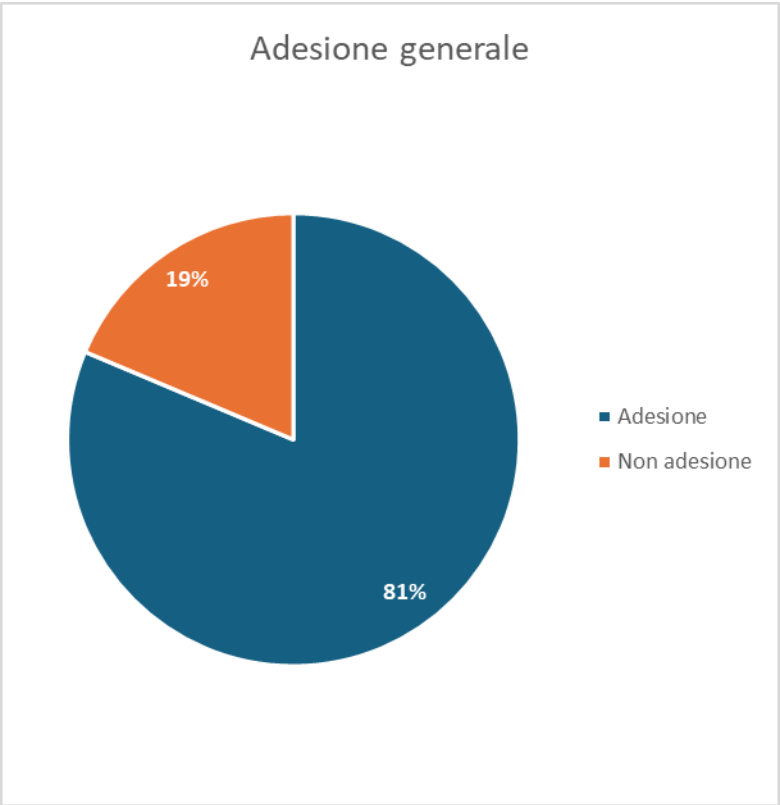


Grafico 1: adesione generale all’igiene delle mani nell’INMI Spallanzani.

ADESIONE GENERALE		
Tipo	N.	%
Adesione	2673	81,35%
Non adesione	613	18,65%
Totale	3286	100,00%

Tabella 1: adesione generale all’igiene delle mani nell’INMI Spallanzani

L’adesione all’igiene mani suddivisa per azione è risultata pari al 33,32% (1095 osservazioni) per il lavaggio con acqua e sapone e al 48,02% (1578 osservazioni) per la frizione con gel idroalcolico. (tabella 2).

ADESIONE PER AZIONE		
Azione	N.	%
Lavaggio	1095	33,32%
Frizione	1578	48,02%



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 69 di 86

Nessuna	348	10,59%
Vuote	265	8,06%
Totale	3286	100%

Tabella 2

Le tabelle 3, 4 e 5 e il grafico 2 mostrano il numero di opportunità osservate e tasso percentuale di adesione per categoria professionale.

Tipo	1.1 INFERMIERE-A	2 OSS	2 OTA
Adesione	1778	420	6
Non adesione	349	105	7
Totale	2127	525	13

Tabella 3

Tipo	3.1 MEDICO MEDICINA	3.2 MEDICO CHIRURGIA	3.3 MEDICO ANESTESIA	3.3 MEDICO RIANIMATORE	3.7 STUDENTE DI MEDICINA
Adesione	318	26	30	23	21
Non adesione	103	17	2	0	3
Totale	421	43	32	23	24

Tabella 4

Tipo	4.1 TERAPISTA	4.2 TECNICO	4.3 ALTRO
Adesione	17	23	11
Non adesione	7	15	5
Totale	24	38	16

Tabella 5



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 70 di 86

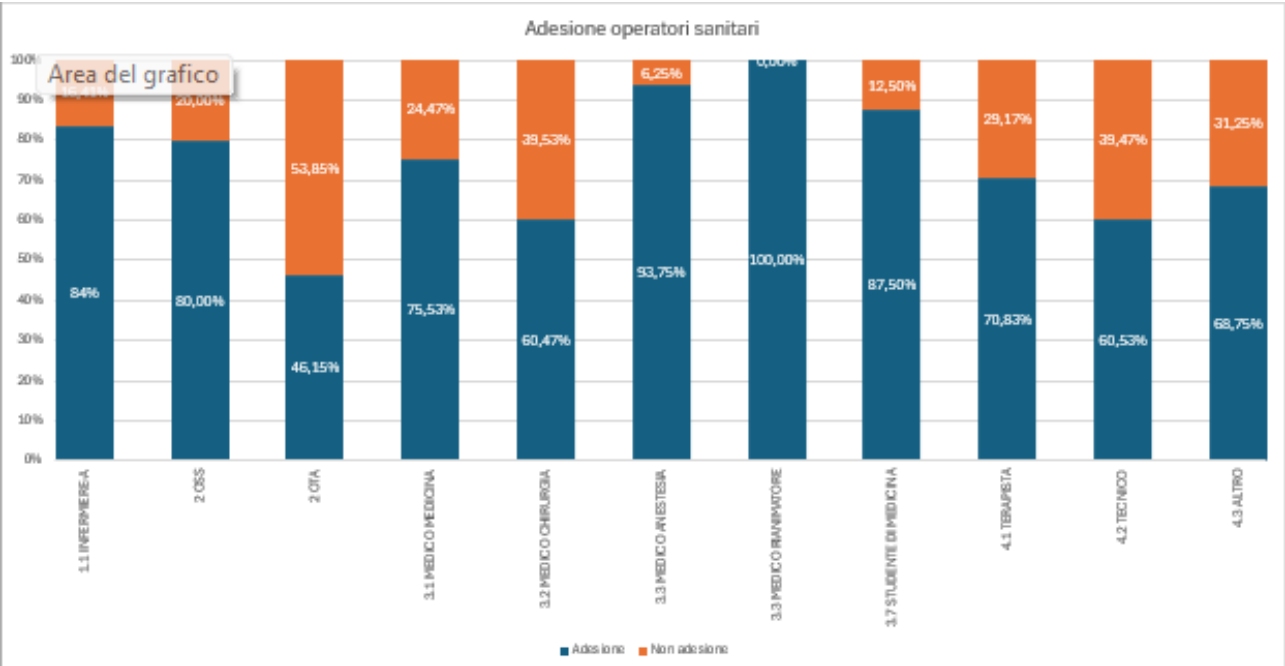


Grafico 2: adesione all’igiene mani per unità di degenza e servizio.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 71 di 86

2. Adesione per categoria professionale ai cinque momenti dell'igiene delle mani

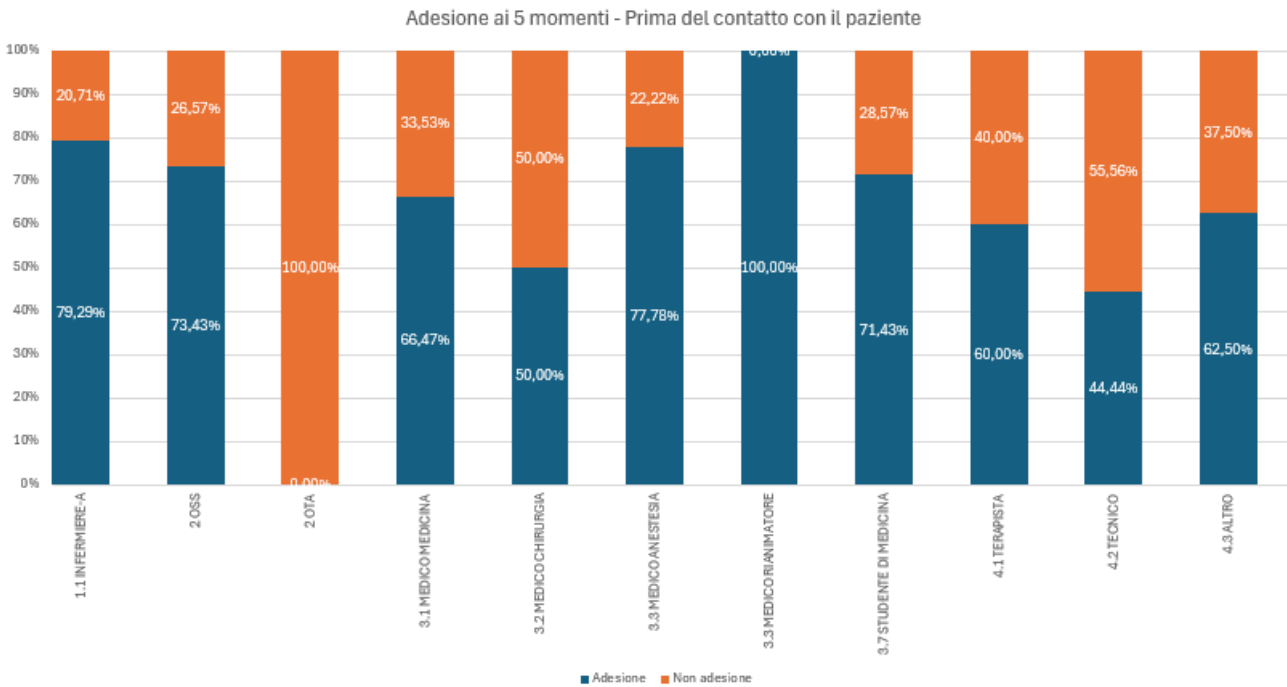


Grafico 3: Adesione per categoria professionale per indicazione 1: prima del contatto con il paziente.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 72 di 86

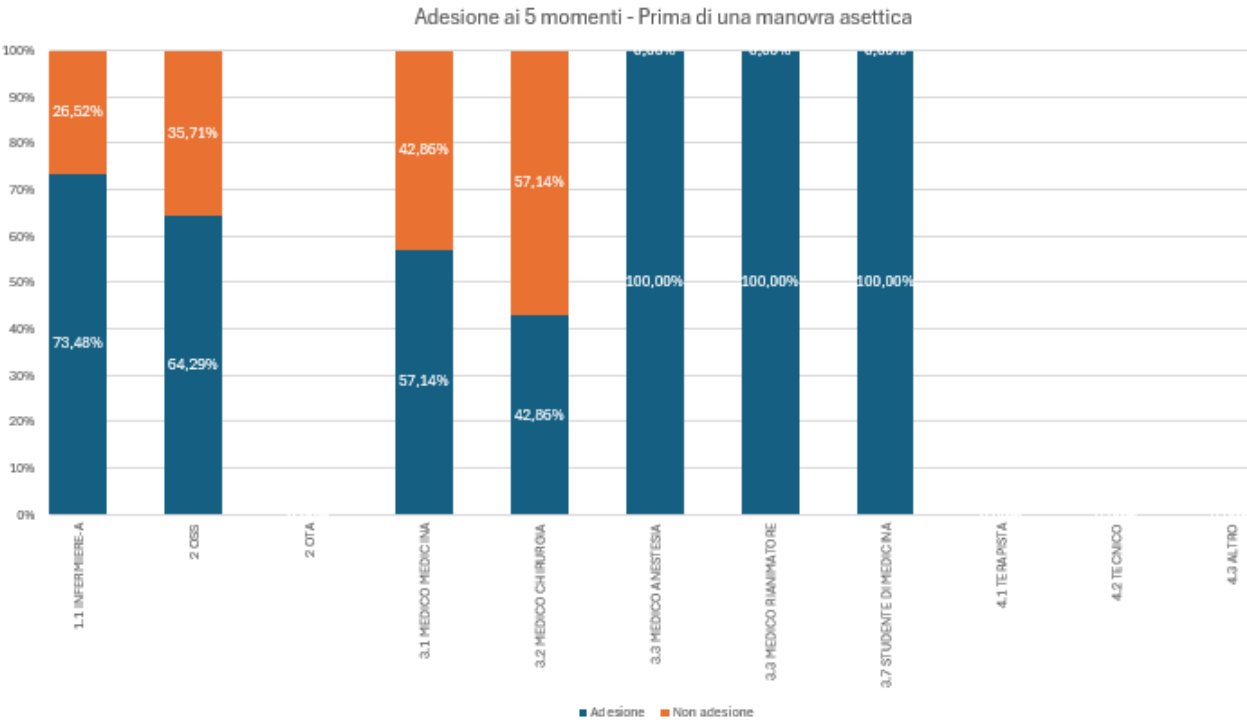


Grafico 4: Adesione per categoria professionale per indicazione 2: prima di una manovra asettica o pulita.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 73 di 86

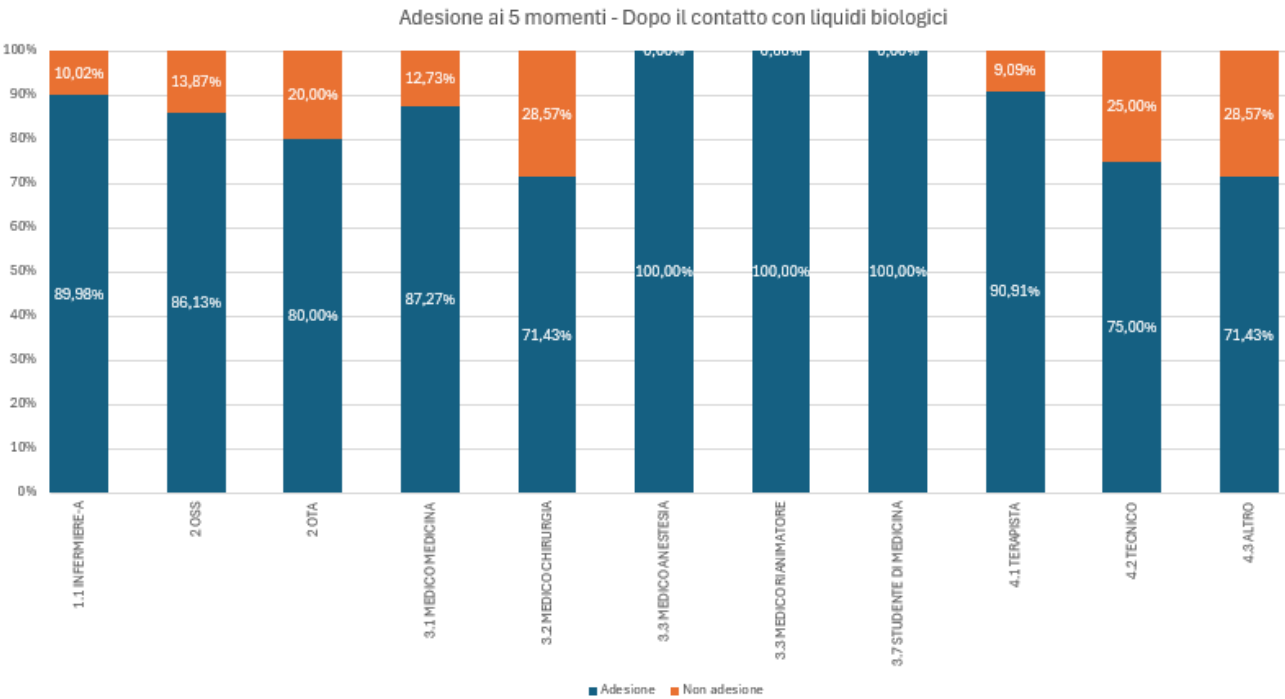


Grafico 5: adesione per categoria professionale per indicazione dopo contatto con liquidi biologici



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 74 di 86

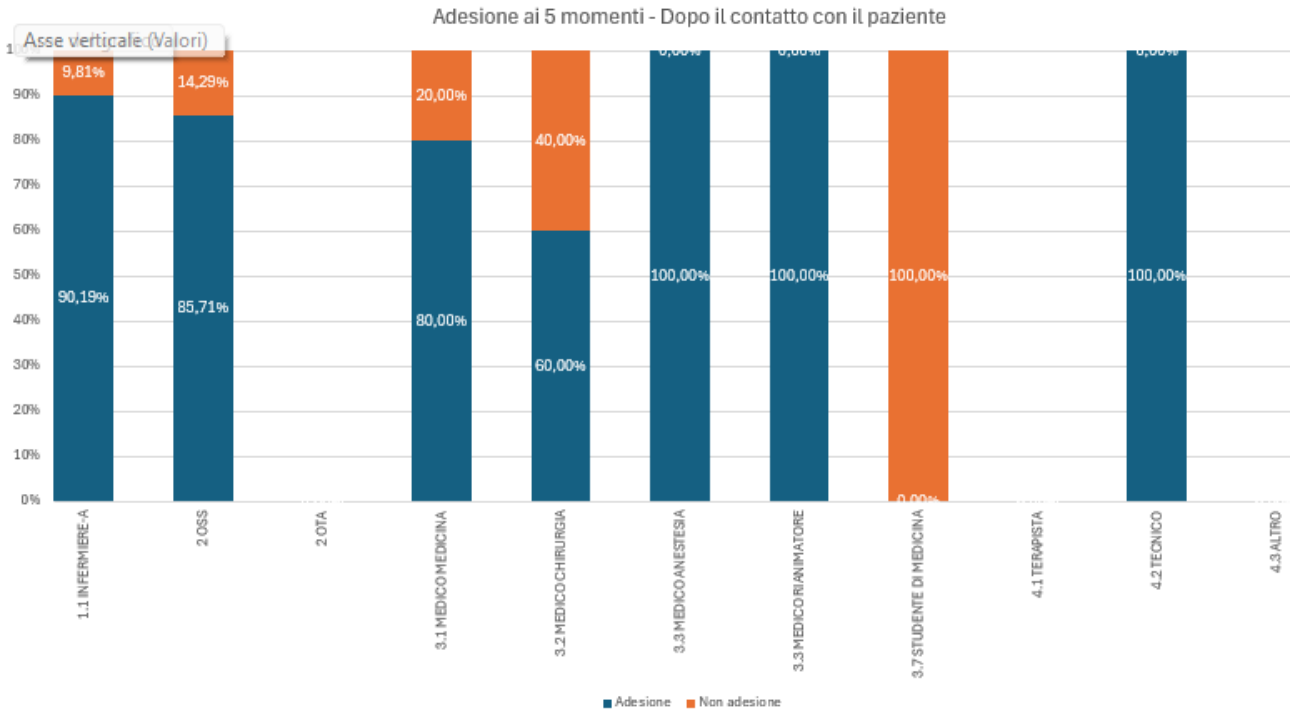


Grafico 6: adesione per categoria professionale per indicazione 4 dopo contatto con il paziente



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 75 di 86

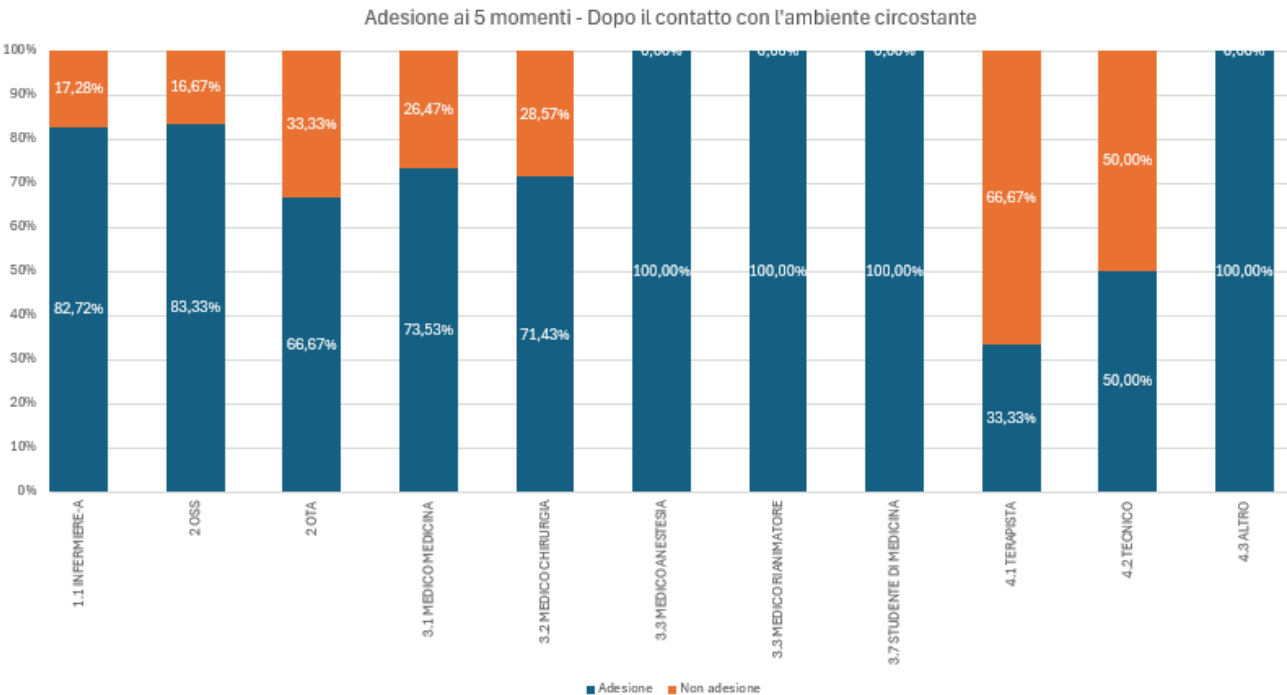


Grafico 7: adesione per categoria professionale per indicazione 5 dopo contatto con l’ambiente circostante.

3. Adesione all’igiene mani per unità di degenza e servizio.

Nella tabella 6 e nel grafico 8, il numero di osservazioni totali effettuate in ogni UOC di degenza e servizio e la percentuale di adesione all’igiene mani per degenza e servizio.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 76 di 86

Reparto	Nessuna		Lavaggio		Frizione		Totale	Azione non indicata		Adesione		Non adesione	
	N.	%	N.	%	N.	%		N.	%	N.	%	N.	%
ACCETTAZIONE E TELECONSULTO	31	20%	98	62%	18	11%	157	10	6%	116	73,89%	41	26,11%
AMBULATORI CONSULENZE	10	5%	85	44%	58	30%	193	40	21%	143	74,09%	50	25,91%
POLIAMBULATORI	14	7%	53	25%	121	57%	213	25	12%	174	81,69%	39	18,31%
REPARTO DIPARTIMENTALE MIIC (MALATTIE INFETTIVE AD INTERESSE CHIRURGICO)	5	2%	122	58%	77	37%	209	5	2%	199	95,22%	10	4,78%
SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	22	12%	62	35%	92	51%	179	3	2%	154	86,03%	25	13,97%
SERVIZIO DI TRASPORTO INFERMI		0%	6	75%	2	25%	8		0%	8	100,00%	0	0,00%
UOC IMMUNODEFICIENZE VIRALI	22	11%	57	28%	85	41%	206	42	20%	142	68,93%	64	31,07%
UOC INFEZIONI SISTEMICHE E DELL'IMMUNODEPRESSO	31	8%	172	47%	133	36%	366	30	8%	305	83,33%	61	16,67%
UOC M.I. EPATOLOGIA	22	9%	46	19%	143	60%	237	26	11%	189	79,75%	48	20,25%
UOC MALATTIE INFETTIVE AD ALTA INTENSITÀ DI CURA	36	25%	17	12%	74	51%	146	19	13%	91	62,33%	55	37,67%
UOC MIAR A	44	15%	45	15%	207	69%	300	4	1%	252	84,00%	48	16,00%
UOC MIAR B	6	2%	54	22%	170	69%	248	18	7%	224	90,32%	24	9,68%
UOC RIANIMAZIONE E T.I.	7	4%	101	51%	87	44%	200	5	3%	188	94,00%	12	6,00%
UOS APC IMMUNODEFICIENZE VIRALI CRONICHE	36	17%	28	13%	125	60%	209	20	10%	153	73,21%	56	26,79%
UOS APC MIAR	18	17%	38	36%	37	35%	105	12	11%	75	71,43%	30	28,57%
UOS TRAPIANTI E APC EPATOLOGIA	26	12%	84	39%	102	47%	218	6	3%	186	85,32%	32	14,68%
UOSD DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DELLE M.I.	18	20%	27	29%	47	51%	92		0%	74	80,43%	18	19,57%
Totale	348	11%	1095	33%	1578	48%	3286	265	8%	2673	81,35%	613	18,65%

Tabella 6: numero di osservazioni totali effettuate in ogni UOC di degenza e servizio e la percentuale di adesione all’igiene mani per degenza e servizio.

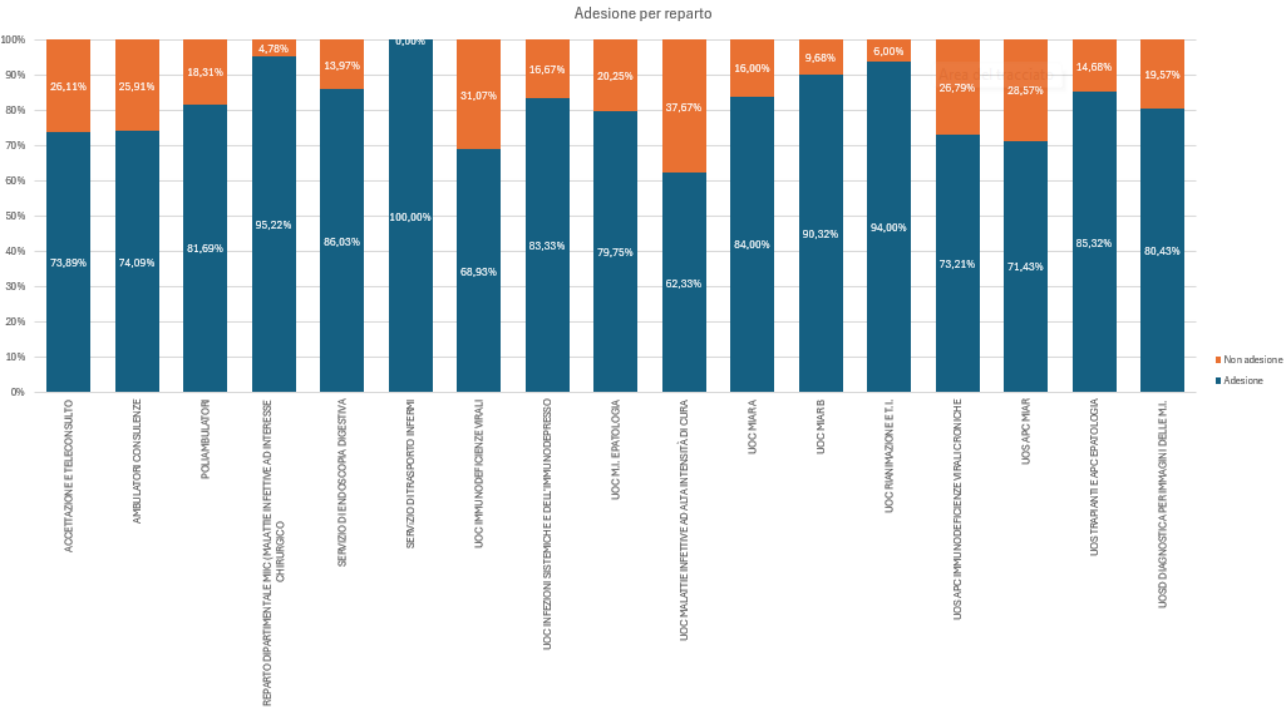


Grafico 8: percentuale di adesione

all’igiene mani per degenza e servizio.



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 77 di 86

4. Adesione all’igiene mani per unità di degenza e per servizio secondo i 5 momenti dell’igiene mani

Reparto	Prima del contatto con il paziente		Prima di una manovra asettica	
	Adesione	Non adesione	Adesione	Non adesione
ACCETTAZIONE E TELECONSULTO	56,25%	43,75%	55,00%	45,00%
AMBULATORI CONSULENZE	62,38%	37,62%	57,14%	42,86%
POLIAMBULATORI	80,61%	19,39%	100,00%	0,00%
REPARTO DIPARTIMENTALE MIIC (MALATTIE INFETTIVE AD INTERES	91,78%	8,22%	100,00%	0,00%
SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	88,57%	11,43%	92,50%	7,50%
SERVIZIO DI TRASPORTO INFERMI	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
UOC IMMUNODEFICIENZE VIRALI	55,74%	44,26%	51,85%	48,15%
UOC INFEZIONI SISTEMICHE E DELL'IMMUNODEPRESSO	75,16%	24,84%	72,97%	27,03%
UOC M.I. EPATOLOGIA	85,39%	14,61%	78,57%	21,43%
UOC MALATTIE INFETTIVE AD ALTA INTENSITA� DI CURA	63,89%	36,11%	41,94%	58,06%
UOC MIAR A	77,34%	22,66%	75,00%	25,00%
UOC MIAR B	87,76%	12,24%	87,50%	12,50%
UOC RIANIMAZIONE E T.I.	90,91%	9,09%	89,29%	10,71%
UOS APC IMMUNODEFICIENZE VIRALI CRONICHE	68,49%	31,51%	71,43%	28,57%
UOS APC MIAR	55,81%	44,19%	58,33%	41,67%
UOS TRAPIANTI E APC EPATOLOGIA	77,78%	22,22%	0,00%	
UOSD DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DELLE M.I.	70,00%	30,00%	60,00%	40,00%

Tabella 7: percentuale di adesione per UOC di degenza e per servizio per indicazione 1 (prima del contatto con paziente ed indicazione 2 (prima di una manovra asettica o pulita).



*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 78 di 86

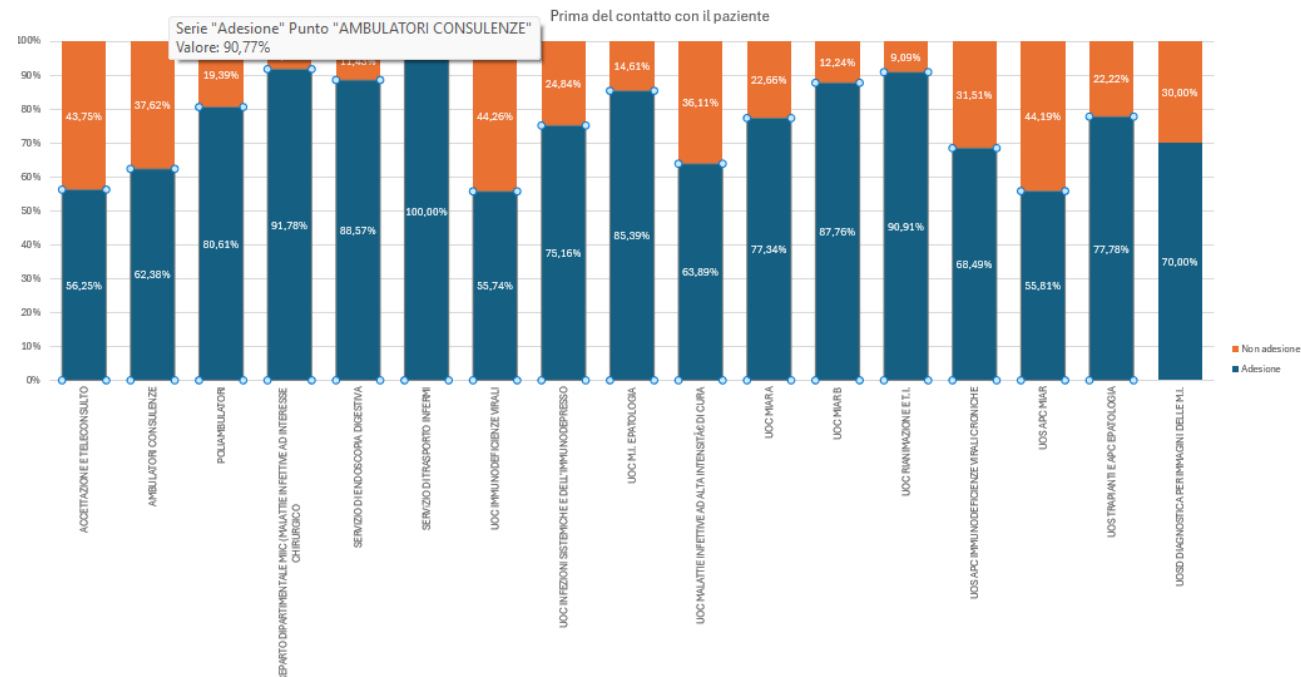


Grafico 9: percentuale di adesione per UOC di degenza e per servizio per indicazione 1 (prima del contatto con paziente)

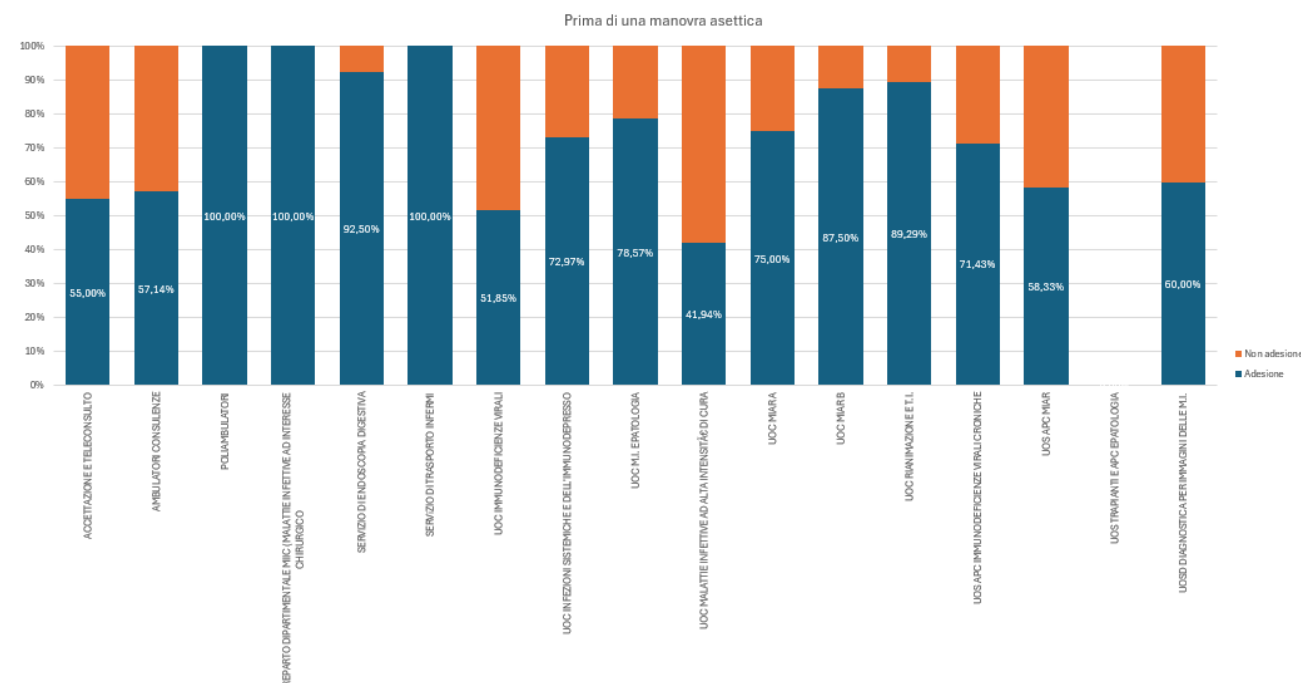


Grafico 10: percentuale di adesione per UOC di degenza e per servizio per indicazione 2 (prima di una manovra asettica o pulita)



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 79 di 86

Reparto	Dopo il contatto con il paziente		Dopo il contatto con liquidi biologici	
	Adesione	Non adesione	Adesione	Non adesione
ACCETTAZIONE E TELECONSULTO	100,00%	0,00%	95,45%	4,55%
AMBULATORI CONSULENZE	84,62%	15,38%	90,77%	9,23%
POLIAMBULATORI	83,33%	16,67%	82,24%	17,76%
REPARTO DIPARTIMENTALE MIIC (MALATTIE INFETTIVE AD INTERESSE CHIRURGICO)	96,55%	3,45%	97,30%	2,70%
SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	89,19%	10,81%	87,18%	12,82%
SERVIZIO DI TRASPORTO INFERMI	0,00%		100,00%	0,00%
UOC IMMUNODEFICIENZE VIRALI	82,14%	17,86%	89,29%	10,71%
UOC INFEZIONI SISTEMICHE E DELL'IMMUNODEPRESSO	80,00%	20,00%	95,08%	4,92%
UOC M.I. EPATOLOGIA	80,00%	20,00%	70,83%	29,17%
UOC MALATTIE INFETTIVE AD ALTA INTENSITA' DI CURA	78,95%	21,05%	48,39%	51,61%
UOC MIAR A	93,94%	6,06%	89,92%	10,08%
UOC MIAR B	94,00%	6,00%	95,24%	4,76%
UOC RIANIMAZIONE E T.I.	94,44%	5,56%	96,36%	3,64%
UOS APC IMMUNODEFICIENZE VIRALI CRONICHE	83,08%	16,92%	78,38%	21,62%
UOS APC MIAR	92,31%	7,69%	85,29%	14,71%
UOS TRAPIANTI E APC EPATOLOGIA	93,59%	6,41%	90,00%	10,00%
UOSD DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DELLE M.I.	81,82%	18,18%	93,94%	6,06%

Tabella 8: percentuale di adesione per

UOC di degenza e per servizio per indicazione 3 (dopo contatto con liquido biologico) e indicazione 4 (dopo contatto con paziente).

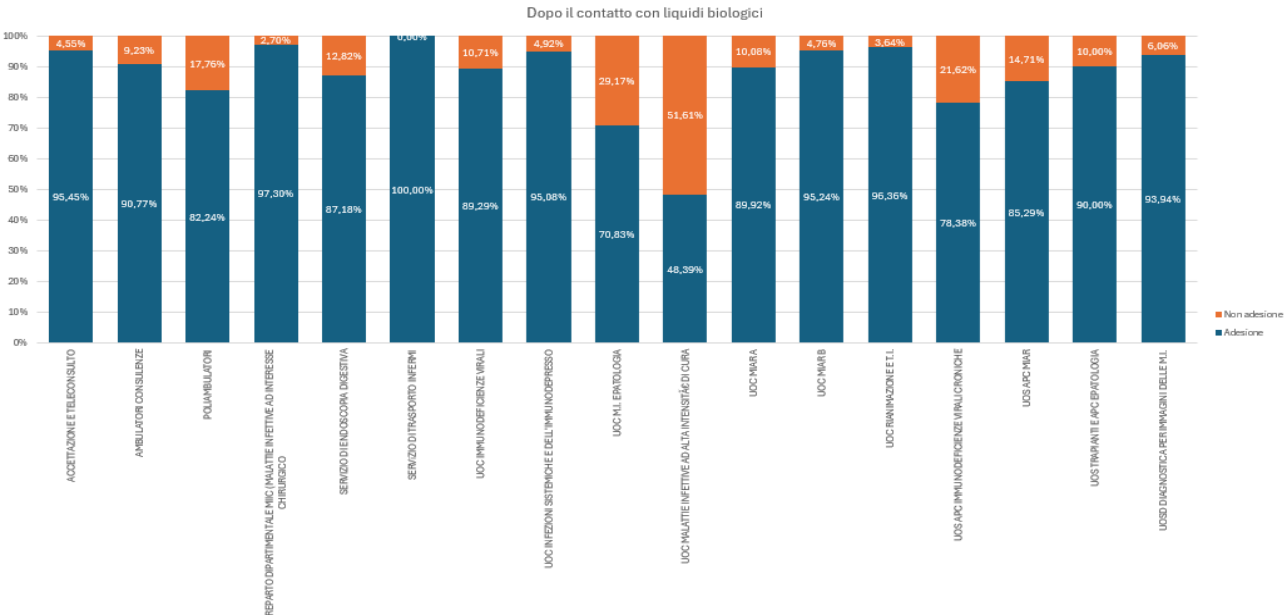


Grafico 11: percentuale di adesione per UOC di degenza e per servizio per indicazione 3 (dopo contatto con liquidi biologici)



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 80 di 86

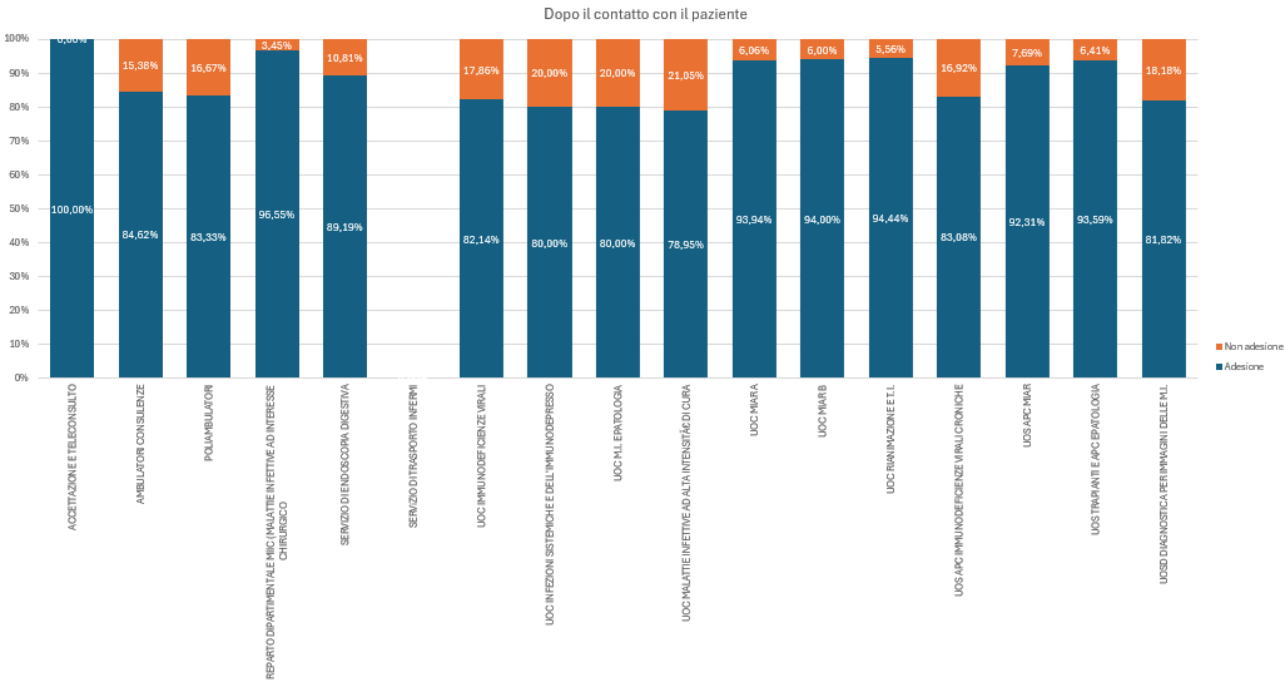


Grafico 12: percentuale di adesione per UOC di degenza e per servizio per indicazione 4 (dopo contatto con il paziente)

Reparto	Dopo il contatto con l'ambiente circostante	
	Adesione	Non adesione
ACCETTAZIONE E TELECONSULTO	75,00%	25,00%
AMBULATORI CONSULENZE	83,33%	16,67%
POLIAMBULATORI	0,00%	
REPARTO DIPARTIMENTALE MIIC (MALATTIE INFETTIVE AD INTERESSE CHIRURGICO)	96,15%	3,85%
SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	67,86%	32,14%
SERVIZIO DI TRASPORTO INFERMI	100,00%	0,00%
UOC IMMUNODEFICIENZE VIRALI	61,76%	38,24%
UOC INFEZIONI SISTEMICHE E DELL'IMMUNODEPRESSO	93,94%	6,06%
UOC M.I. EPATOLOGIA	78,57%	21,43%
UOC MALATTIE INFETTIVE AD ALTA INTENSITÀ DI CURA	88,89%	11,11%
UOC MIAR A	0,00%	
UOC MIAR B	50,00%	50,00%
UOC RIANIMAZIONE E T.I.	97,30%	2,70%
UOS APC IMMUNODEFICIENZE VIRALI CRONICHE	50,00%	50,00%
UOS APC MIAR	100,00%	0,00%
UOS TRAPIANTI E APC EPATOLOGIA	100,00%	0,00%
UOSD DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DELLE M.I.	100,00%	0,00%

Tabella 9: percentuale di adesione per UOC di degenza e per servizio per indicazione 5 (dopo contatto con l’ambiente circostante).



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 81 di 86

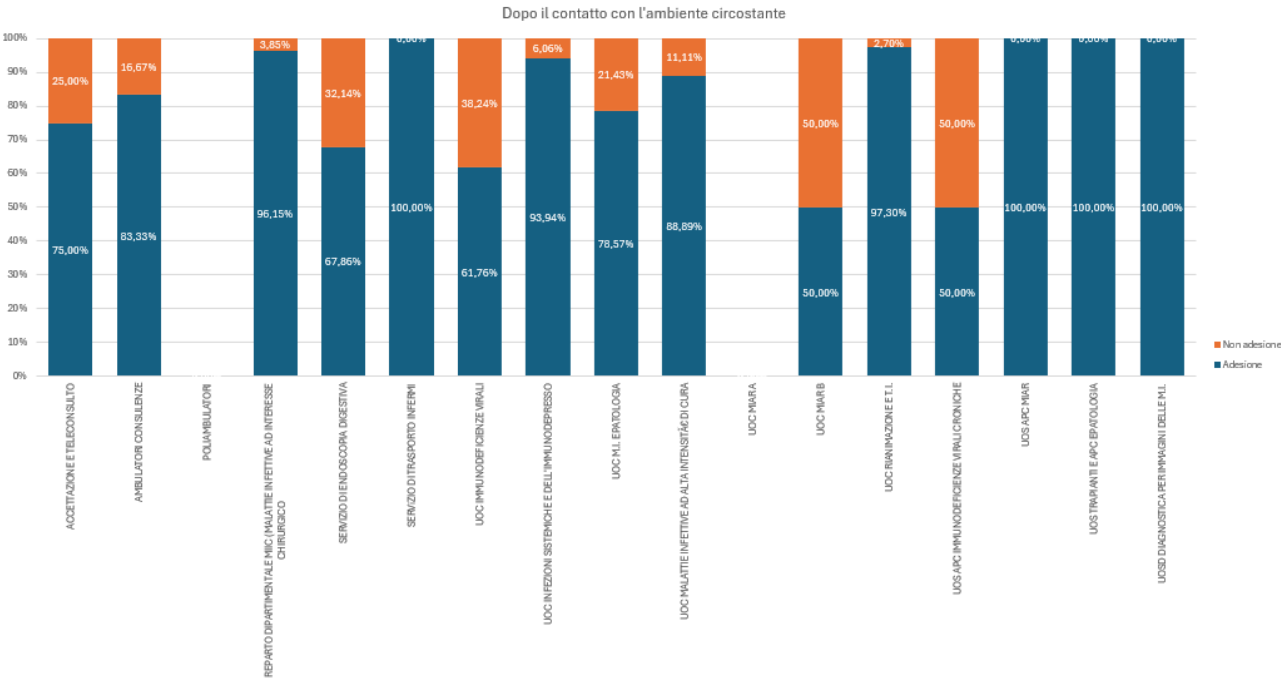


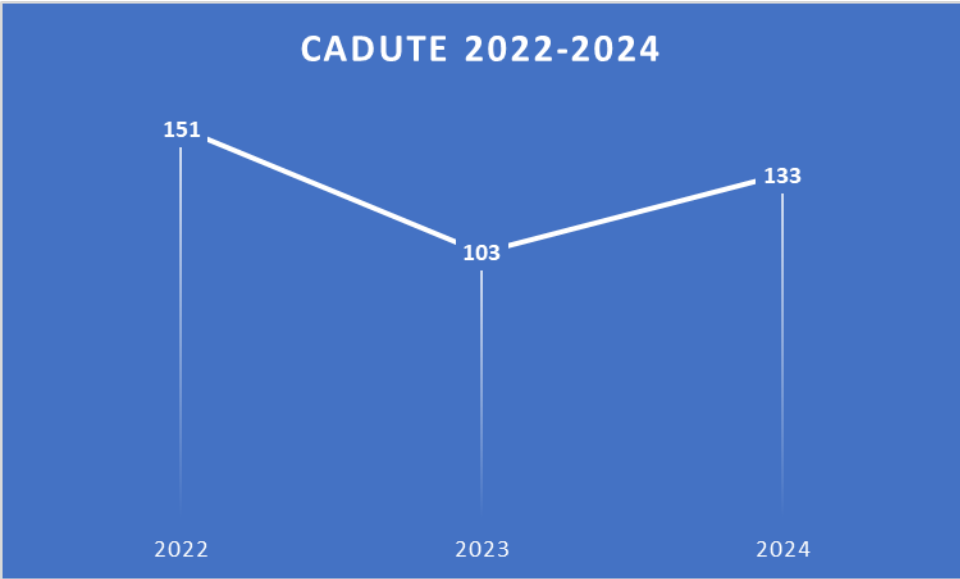
Grafico 13: percentuale di adesione per UOC di degenza e per servizio per indicazione 5 (dopo contatto con l'ambiente circostante)

<i>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”</i> <i>Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</i>	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 82 di 86

ALLEGATO 2: RELAZIONE CADUTE 2024

Da un’analisi delle notifiche di caduta nel triennio 2022-2024, si rileva un incremento nel numero di eventi caduta registrati nel 2024 rispetto al 2023.

Anno	Nr. Cadute
2022	151
2023	102
2024	133



Delle 133 cadute del 2024, 4 sono state di una gravità tale da classificarle come evento sentinella, mentre una è stata classificata come near miss. Gli eventi sono stati sottoposti a SEA e descritti nella scheda B della piattaforma SIRES.

Si osserva un incremento delle cadute sul **totale dei pazienti ricoverati**, con un passaggio da 0,37 nel 2023 a 0,44 nel 2024, pari a un aumento del 18,92%.

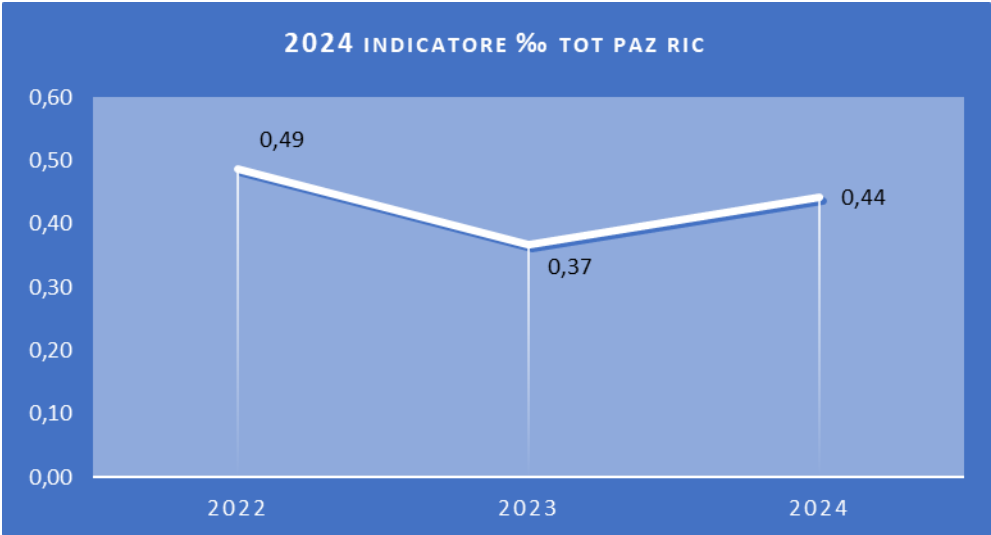


Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 83 di 86

	n.ro cadute	tot ric	indicatore ‰ giorni/paziente
2022	151	3095	0,49
2023	102	2770	0,37
2024	133	3007	0,44



Inoltre, considerando le cadute per **totale delle giornate di degenza**, si registra un incremento da 1,87 nel 2023 a 2,53 nel 2024.

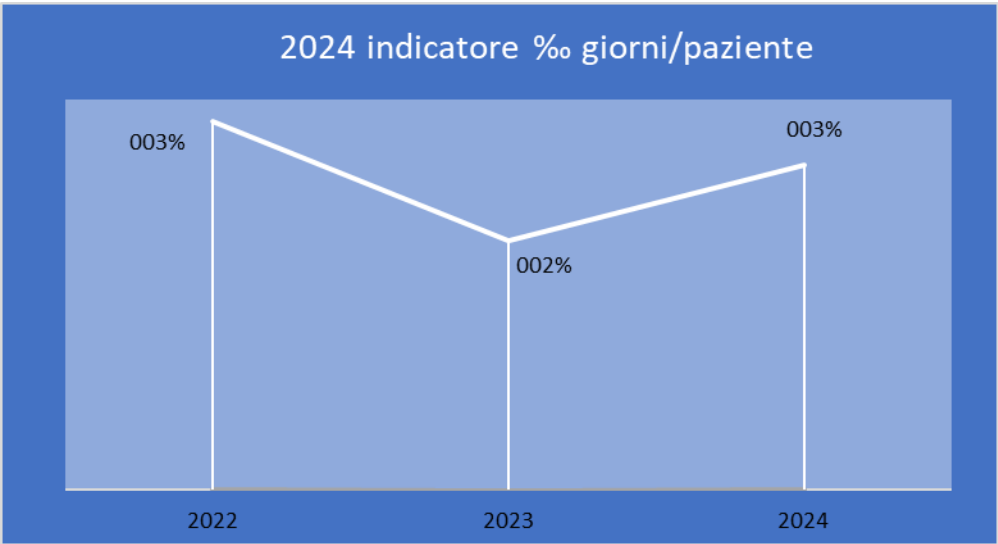
	n.ro cadute	gg degenza	indicatore ‰ giorni/paziente
2022	151	59516	2,54%
2023	102	54533	1,87%
2024	133	52470	2,53%



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 84 di 86



- PROGNOSI 2024

Nel 2024, analizzando le prognosi delle cadute, si osserva che:

- La maggior parte degli eventi (68%) ha avuto una prognosi pari a 0 giorni, quindi senza conseguenze rilevanti per il paziente.
- Il 26.3% delle cadute ha comportato una prognosi inferiore a 5 giorni.
- Il 4.5% delle cadute ha avuto una prognosi compresa tra 5 e 10 giorni.
- Solo l’1,5% dei casi ha presentato una prognosi superiore a 10 giorni, evidenziando eventi più gravi ma fortunatamente poco frequenti.

Questo quadro riflette un impatto limitato delle cadute sulla salute della maggior parte dei pazienti, con un numero ridotto di casi gravi.

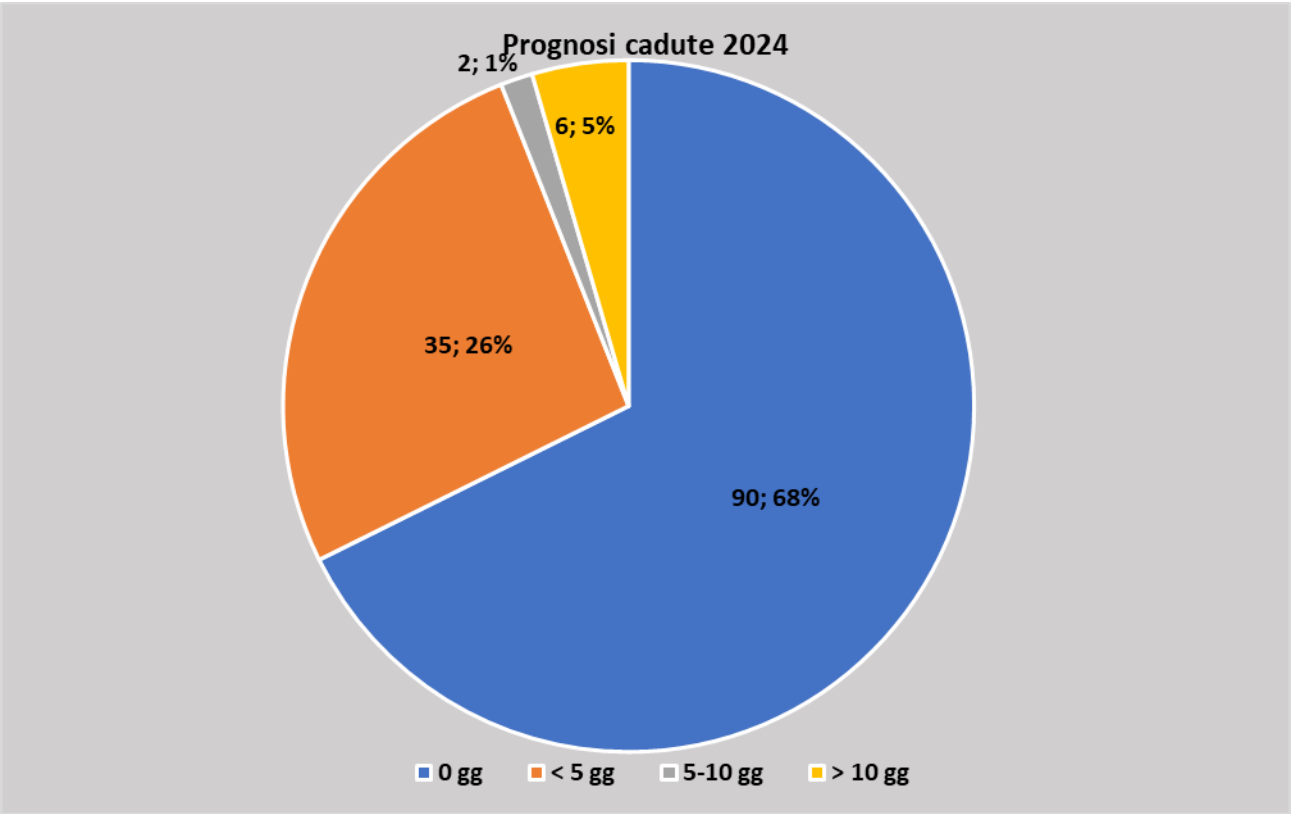
Prognosi	Cadute	Percentuale
0 gg	90	67.7%
<5 gg	35	26.3%
5-10 gg	2	1.5%
>10 gg	6	4.5%



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025

Pagina 85 di 86



RESOCONTO GENERALE CADUTE 2024

2024							
U.O./SERVIZI	PROGNOSI				TOT	M	F
	0	< 5 gg.	5-10 gg.	> 10 gg.			
I DIVISIONE	11	7	2	0	20	13	7
II DIVISIONE	14	4	0	0	18	15	4
III DIVISIONE	21	13	0	2	36	25	11
IV DIVISIONE	11	5	0	3	19	12	7
MIAR A	10	2	0	0	12	10	2
MIAR B	15	0	0	1	16	12	4
DIPARTIMENTALE	5	3	0	0	8	6	2
ALTRO	3	1	0	0	4	2	2
TOT	90	35	2	6	133	95	38

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2025	Pagina 86 di 86

ALLEGATO 3: PROGRAMMA DI CONTROLLO DELLA LEGIONELLOSI

Il piano di controllo della legionellosi presso INMI è ben definito nella Procedura Ospedaliera n. 50/2022 del 18.02.2022. la Procedura prevede sia un campionamento ambientale che una sorveglianza attiva sui pazienti ricoverati.

CAMPIONAMENTO AMBIENTALE

La Ditta in appalto esegue un campionamento per l’analisi della carica batterica totale sulle Torri evaporative dei gruppi frigo centralizzati con cadenza semestrale: I risultati di tale campionamento sono disponibili presso la stessa ditta e sono trasmessi alla UOC Ufficio Tecnico, alla UOSD Risk Management e alla Direzione Sanitaria.

In caso di positività e dopo le dovute misure di contenimento, il campionamento verrà ripetuto fino alla sua negativizzazione. I successivi campionamenti verranno effettuati dopo un semestre dalla data dell’ultimo campionamento negativo.

Il campionamento ambientale verrà eseguito comunque e immediatamente qualora venisse diagnosticato un caso di Legionellosi nosocomiale.

DIAGNOSI, SORVEGLIANZA E NOTIFICA

Diagnosi di legionellosi

Il sospetto di legionellosi è incluso nella diagnosi differenziale di ogni paziente assistito presso l’INMI con polmonite comunitaria o nosocomiale. Presso l’INMI è possibile eseguire il test dell’antigene urinario nell’arco di 24-48 ore (esecuzione del test e refertazione): l’esecuzione dell’antigene urinario avviene in mattinata, all’arrivo del campione; la risposta, immediata, di positività viene comunicata al medico del reparto telefonicamente e via mail alla Direzione Sanitaria. La coltura per Legionella, l’immunofluorescenza diretta, la determinazione della presenza di DNA mediante tecniche molecolari, le misure di sicurezza, le metodiche di prelievo, trasporto e conservazione dei campioni di origine umana e ambientali presso l’INMI rispettano le procedure internazionali in vigore.

Sorveglianza attiva

È operante presso l’INMI un sistema di sorveglianza attiva a partire dal laboratorio: Legionella spp è compreso tra gli organismi sentinella (alert organisms) per i quali il Laboratorio di Microbiologia allerta il medico di reparto che ha richiesto l’esame, la Direzione Sanitaria e il Risk Management che provvederà alle successive indagini epidemiologiche per verificare l’eventuale natura nosocomiale dell’infezione e in caso la verifica ambientale.

L’indagine epidemiologica andrà svolta dalla UOSD Risk Management e/o CC-ICA per ogni caso di segnalazione dell’alert Legionella per definire secondo le definizioni in vigore il caso come accertato o probabile, verificare la sussistenza dei criteri temporali utili a definire il caso come associato all’assistenza sanitaria, valutare se si è in presenza di un caso sporadico o di un cluster tramite l’analisi delle segnalazioni nei mesi precedenti e l’eventuale revisione dei casi di polmonite associata all’assistenza sanitaria diagnosticati nell’ultimo periodo.

Sorveglianza dei dipendenti e misure di sicurezza

I dipendenti a rischio per la legionellosi sono sottoposti a sorveglianza sanitaria, attuata dal Medico Competente in collaborazione con il SPP, UOSD Risk Management e Direzione Sanitaria.