

DELIBERAZIONE n. 0000085 del 27/02/2026

Struttura adottante:
UOSD RISK MANAGEMENT

Proposta: 0000102 del 25/02/2026

OGGETTO:

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

Il Direttore Generale

Cristina Matranga

L'estensore Paola Galli'

Data 25/02/2026

Il Responsabile del procedimento **Paola Galli'**

Data 25/02/2026

Il Dirigente U.O. Paola Galli'

Data 25/02/2026

Direttore Bilancio **Antonio Proietti**

Data 25/02/2026

Direttore Amministrativo **Barbara Solinas**

Data 25/02/2026

Parere: FAVOREVOLE

Direttore Sanitario **f.f. Andrea Antinori**

Data 26/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

LA RESPONSABILE UOSD RISK MANAGEMENT

- VISTO** 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";
- 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 Decreto Legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, 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", così come modificato dal D.lgs. n. 200 del 23.12.2022;
- 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";
- VISTO** il Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'I.N.M.I. L. Spallanzani adottato con deliberazione n. 140 del 10.03.2025 ed approvato dalla Regione Lazio con DGR n. 144 del 20.03.2025 – BURL n.24 ordinario del 25.03.2025;
- VISTA** 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 che fissa - per tutte le strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie - al 28 febbraio di ogni anno l'adozione del PARS;
- VISTA** la Determinazione N G15198 del 06/11/2022 "Documento di indirizzo sulla prevenzione e la gestione della caduta della persona assistita;
- VISTA** la 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;
- VISTA** la Determinazione N G17673 del 23/12/2025 "Piano Attuativo per il Contrasto all'Antibiotico-Resistenza – PARCA";
- PRESO ATTO** della Determinazione N G02044 DEL 26/02/2021 "Piano d'Intervento Regionale sull'Igiene delle Mani";
- PRESO ATTO** del Protocollo della "Sorveglianza nazionale del consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in ambito ospedaliero". 13 settembre 2024 Istituto Superiore di Sanità;

PRESO ATTO della 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)";

CONSIDERATA 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, prima comma, della Legge n. 241/90, come modificato dalle Legge n. 15/2005 e smi;

PROPONE

di approvare il PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (PARS) 2026 che, allegato alla presente, ne costituisce parte integrante e sostanziale.

**Il Responsabile UOSD Risk Management
Dott.ssa Paola Galli**

IL DIRETTORE GENERALE

- IN VIRTU'** dei poteri conferiti con il Decreto del Presidente della Regione Lazio n.T00042 del 2 aprile 2025;
- VISTA** la deliberazione n. 242 del 7 aprile 2025 con cui la dott.ssa Cristina Matranga si è insediata quale Direttore Generale dell'Istituto a decorrere dal 7 aprile 2025 ai sensi del decreto sopra citato;
- VISTI** 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";
- il Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, 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", così come modificato dal D.lgs. n. 200 del 23.12.2022;
- 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** la proposta di delibera avente ad oggetto: "Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS) 2026", presentata dal Responsabile della UOSD Risk Management;
- 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 n. 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge n. 241/90, come modificato dalle Legge 15/2005 e s.m.i;
- VISTO** il parere 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) 2026".

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

**Il Direttore Generale
(Dott.ssa 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 2026	Pagina 1 di 83

	Funzione e Nome	Firma	Data
REDAZIONE	Dott.ssa Paola Galli <i>Responsabile UOSD Risk Management</i> Dott.ssa Alessia Arcangeli Dott.ssa Felicia Coroian Dott.ssa Cristina De Stefano Dott.ssa Valentina Manetti		//
	<i>UOSD Risk Management</i>		
APPROVAZIONE	Dott. Andrea Antinori		//
	<i>Direttore Sanitario Aziendale ff</i>		
VALIDAZIONE	Dott.ssa Cristina Matranga		//
	<i>Direttore Generale</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 2026

Pagina 2 di 83

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.

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 Terapia Intensiva e Rianimazione delle Malattie Infettive e Anestesiologia, la UOC Malattie Infettive Epatologia e la UOC Malattie Infettive di Interesse Chirurgico.

Tali Unità Operative svolgono le loro attività presso l'Istituto: percorso pre-trapianto, reparto di Malattie Infettive di Interesse Chirurgico, attività operatoria presso il blocco operatorio costituito da 2 sale, degenza post-operatoria in TI, nonché follow-up post-trapianto e post-operatorio.

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” ha previsto, infatti, per INMI, la creazione di una nuova Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive, denominata Malattie Infettive ad Interesse Chirurgico, attivata funzionalmente a settembre 2025, e dedicata 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 di Terapia Intensiva e n. 5 posti letto di Terapia Intensiva Post-Operatoria con la possibilità – in caso di necessità – di rimodularne il numero complessivo 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 (
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).



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 3 di 83

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.

Tutto il personale sanitario dell'INMI si attiene a rigide disposizioni in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, che vanno dall'utilizzo rigoroso dei DPI, all'igiene delle mani, compreso il forte invito a non utilizzare smalti e/o gel per le unghie per i lavoratori e le lavoratrici la cui attività è a diretto contatto con i pazienti.

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.

Il GTO multidisciplinare integra il CC-ICA e porta avanti le iniziative di analisi e di intervento sulle ICA. I professionisti del GTO svolgono di routine attività di sorveglianza e prevenzione delle ICA e si incontrano periodicamente per il raggiungimento degli obiettivi individuati dal CC-ICA ed intervengono d'urgenza in caso di criticità emergenti o di segnalazioni pervenute all'attenzione del Risk management o della Direzione Sanitaria.

 <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 2026	Pagina 4 di 83

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.

In conseguenza del Decreto n. 77 del 23 maggio 2022, facendo seguito alla Determinazione della Regione Lazio n. G02706 del 28 febbraio 2023, al fine di facilitare l'accesso o il rientro del paziente da altri setting assistenziali, è stato pertanto istituito presso l'INMI (Deliberazione n. 0000216 del 15/04/2024) il Team Operativo Ospedaliero (TOH) con composizione multiprofessionale, che ha il compito di facilitare i tempi e l’appropriatezza del percorso assistenziale al fine di assicurare, con la presa in carico, la continuità degli interventi di cura e riabilitazione attraverso una serie di interventi quali la preparazione tempestiva del paziente alla dimissione, l'attivazione di percorsi clinico-assistenziali integrati che proseguano anche dopo la dimissione e la valorizzazione del ruolo della famiglia e delle risorse informali come parte del team assistenziale.

Con Deliberazione n. 0000488 del 13/08/2025 è stato costituito presso l’INMI il primo Gruppo di Lavoro multidisciplinare per la prevenzione, sorveglianza e controllo della Legionellosi;

Tale Gruppo di lavoro è così costituito:

- a. Rappresentante della Direzione Sanitaria
- b. Presidente del CC-ICA
- c. Risk Manager
- d. Risorsa afferente alla UOSD Risk Management
- e. Responsabile SPP
- f. Dirigente del Servizio Tecnico
- g. Rappresentanti delle Aree Cliniche
- h. Responsabile del Laboratorio di Microbiologia

DATI STRUTTURALI					
STRUTTURA	n. Edifici: 20		Mq di superficie 120.000 mq		
	In Roma				
RISORSE UMANE	n. dipendenti		901 (al 31.12.2025)		
ORGANIZZAZIONE	n. Posti letto		197	Mal. infettive: 185 Rianimazione: 12	
	Posti letto DH		2		
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
	2025	3615		2025	200
Totale numero ricoveri	2022	3243	Numero prestazioni ambulatoriali	2022	40.828

 <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 2026	Pagina 5 di 83

	2023	3424		2023	42.489
	2024	3322		2024	51.061
	2025	3815		2025	82017
Totale giornate di ricovero	2022	59623	Totale numero di dimissioni	2022	3095
	2023	54533		2023	3011
	2024	55021		2024	3106
	2025	58012		2025	3615

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
2025	100	0	9

(Fonte Risk Management e Affari Generali)

Eventi segnalati nel 2025 (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	83+17eventi (82% cadute); (aggressioni 13%); (errore terapia1%)			
Eventi Sentinella	0			

(Fonte Risk Management)

 <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 2026	Pagina 6 di 83

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
2025	Polizza n.RCH10000198 Scadenza 31/12/2026	AM TRUST Assicurazioni S.p.A.	€ 744.021,82	NO	GB SAPRI

(Fonte Affari Generali)

Comitato Valutazione Sinistri (CVS)

- Composizione: Dirigente UOSD Affari Generali - Risk Manager - Medico legale – Medico infettivologo - Direzione Sanitaria - Avvocato
- Anno di istituzione: 2025
- 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)
2025	9	n. 1 pari a € 30.000,00(pagato direttamente da assicurazione perché no franchigia)

(Fonte Affari Generali)

3. RESOCONTO DELLE ATTIVITA’ 2025

Il PARS 2025 è stato trasmesso alla Direzione sanitaria, DELIBERAZIONE n. prot. 0000125 del 28/02/2025, approvato il 28 febbraio e inviato al Centro Regionale Rischio Clinico come previsto dalla nota regionale U.0079798 del 22.01.2025.
Nella stessa data è stata trasmessa alla Direzione Sanitaria e al Controllo di Gestione la relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi nel 2025 per la sua pubblicazione sul sito in amministrazione trasparente.



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 7 di 83

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 (25= rendicontazione dell’obiettivo relativo all’anno 2025; 26: programmazione dell’obiettivo per il 2026)

OBIETTIVO A) DIFFONDERE LA CULTURA DELLA SICUREZZA DELLE CURE

Attività	Realizzata	Stato di attuazione
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 STANDARD >5	Realizzata	►corso ECM “Dalla prevenzione alla gestione: un approccio multidisciplinare al rischio di caduta, contenzione, protezione fisica del paziente e implicazioni legali-aggiornamento obbligatorio svolgimento in 3 edizioni ►corso ECM” Benessere personale e armonia di gruppo: strumenti teorico esperienziali per la gestione del lavoro” lunedì 14 aprile Centro Multimediale dell'Istituto ►corso ECM -Incontri Radiologici: “Innovazione E Qualità Per L’eccellenza Diagnostica Nelle Immagini Radiologiche ►corso ECM-BLS-D per operatori sanitari periodo maggio-dicembre 2025 (con crediti ECM) 6^ edizione, centro multimediale dell’istituto ►corso ECM CORSO-Farmacovigilanza e Dispositivo sorveglianza effettuato on the job ►corso in presenza “Diffusione e conoscenza del PARS” prima edizione, il giorno 24 novembre p.v. presso la sala Poccia

 <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 2026	Pagina 8 di 83

		►corso in presenza “Diffusione e conoscenza del PARS” seconda edizione, il giorno 09 dicembre p.v. presso la sala Congressi
--	--	---

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 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	Realizzata	►Pr.Osp 07/18- Errori in terapia farmacologica ►Pr.Osp 35/20-Errori trasfusionali ABO ►PrOsp 58/22 - Acronimi ►Pr.Osp. 31/20 - KCL ►Pr.Osp. 42/21-Riconciliazione farmacologica ►Pr.Osp. 38/21- Antiblastici, citotossici e pericolosi Progetto Mappatura del Rischio Sanitario 2025: ►Documento di indirizzo per attivazione di modalità/strumenti di teleconsulto e telemedicina ►Procedura per la pianificazione e la gestione del percorso di fine vita con il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari ►Istruzione operativa gestione biancheria ►Istruzione operativa manipolazione campioni biologici ►Procedura sterilizzazione/disinfezione dei dispositivi e dello strumentario chirurgico e degli strumenti endoscopici e di tutto lo strumentario riutilizzabile ►Procedura gestione cateteri venosi ►Manovre rianimatorie di base ► Protocollo per la gestione del dolore acuto e cronico dei pazienti ricoverati o gestiti in ambulatorio ►Gestione dell’Emergenza Intraospedaliera ►Polmoniti da ventilazione meccanica ►Istruzione Operativa dimissione protetta ►Istruzione Operativa lettera di dimissione

 <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 2026	Pagina 9 di 83

		►Istruzione Operativa qualità cartella clinica ►Istruzione operativa rischio trasporto campioni biologici ►Procedura interruzione/blocco apparecchiature radiologiche ►Procedura interruzione/blocco del sistema trasferimento immagini ►Procedura lesioni da pressione ►Procedura madre e gerarchia documentale ►Procedura per prestazioni diagnostiche urgenti ►Procedura per trasferimento informazioni rilevanti ►Procedura modalità di comunicazione degli Eventi ►Procedura Politiche per reclami/suggerimenti ►Procedura per la valutazione soddisfazione utenti ►Documento di indirizzo della Carta dei Servizi ►Istruzione Operativa formazione del neo assunto, integrandola con quanto già prodotto da PSI ed includendo anche la Dirigenza. Prevedere nella Istruzione Operativa anche il monitoraggio continuo e la rendicontazione con un report annuale ► Procedura Istruzione operativa Attuazione misure di isolamento ► Procedura Istruzione operativa per la gestione del rischio infettivo legato agli emocomponenti ed emoderivati ► Procedura istruzione operativa sulla corretta gestione della terapia antibiotica (antimicrobial stewardship) ►Procedura sorveglianza consumo soluzione idroalcolica
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 STANDARD 100%	Realizzata	►Nel 2025 sono stai registrati 100 eventi avversi, 82 cadute, 17 aggressioni, di cui 0 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 2025, per valutare l’andamento e implementare eventuali azioni correttive.

 Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	Pagina 10 di 83

ATTIVITÀ B3C25: Sviluppo del programma di implementazione della valutazione della cartella clinica informatizzata INDICATORE Programma STANDARD Si ATTIVITÀ B4C25: Svolgimento di audit reattivi e/o proattivi su eventi, processi o esiti INDICATORE n. audit STANDARD >3 audit	Realizzata	Nel 2025 sono state esaminate 90 cartelle cliniche elettroniche. Il 90% risulta compilato correttamente in tutte le sezioni valutate. Nella CCE è stata abilitata la modalità di riconciliazione farmacologica. In fase di dimissione, il medico riporta la terapia riconciliata direttamente nella scheda di dimissione. È stata inoltre ripristinata la funzionalità della firma del secondo operatore dopo la somministrazione di KCl, che nel precedente anno aveva presentato criticità. Nel 10% delle cartelle persistono criticità nella compilazione della scheda di valutazione del rischio di caduta, in particolare nella rivalutazione successiva a un evento di caduta, nonché alcune incongruenze nella scheda di valutazione del rischio suicidario. L’utilizzo della Cartella Clinica Elettronica risulta pienamente implementato in tutti i reparti di degenza ordinaria, compresa la Rianimazione. La UOSD Risk Management continua a essere attivamente coinvolta nei processi di manutenzione, monitoraggio e aggiornamento della CCE e, più in generale, della documentazione sanitaria.
ATTIVITÀ B4C25: Svolgimento di audit reattivi e/o proattivi su eventi, processi o esiti INDICATORE n. audit STANDARD ≥3 audit	Realizzata	►Al 31 dicembre 2025 sono stati svolti 2 audit con metodologia Significant Event Audit (SEA), uno a seguito di evento sentinella e un near miss. ►Audit inerente a “caduta paziente D.R.E. del 29/05/2025” ►Audit: near miss inerente ad “Errore in terapia farmacologica 11/04/2025 “

OBIETTIVO C) FAVORIRE UNA VISIONE UNITARIA DELLA SICUREZZA, CHE TENGA CONTO NON SOLO DEL PAZIENTE MA ANCHE DEGLI OPERATORI 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	Realizzata	Sono stati eseguiti campionamenti in data 10.04.2025, 25.08.2025, 24.10.2025, 05.12.2025
---	------------	---



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 11 di 83

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	Realizzata	►Corso formazione per i neoassunti
--	------------	------------------------------------

Altre attività effettuate nel 2025 che proseguiranno anche nel 2026 sono:

- Corso ECM -Dalla prevenzione alla gestione: un approccio multidisciplinare al rischio di caduta, contenzione, protezione fisica del paziente e implicazioni legali-aggiornamento obbligatorio svolgimento in 5 edizioni, con estensione di almeno altre 2 edizioni di formazione obbligatoria per tutto il personale, anche nel 2026.
- Prosegue l’aggiornamento della pagina Intranet del Risk Management, avviato e tuttora in corso.

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’ 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 FONTE UOC Centro per la Formazione e lo Sviluppo delle Competenze	Realizzata	► Formazione osservatori nell’ambito del monitoraggio igiene mani: dal 1marzo al 31 marzo 2025 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. ► Formazione osservatori nell’ambito del monitoraggio igiene mani (retraining) 2 edizione: 1°ed 02/05/2025 al 31/05/2025 e 2°ed 01/06/2025. ► One health e stewardship antimicrobica: strategie integrate (11/06/2025) ► Corso formazione regionale sulla prevenzione delle infezioni correlate all’assistenza (fondi PNRR). 01/01/2025-31/12/2025

 <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 2026	Pagina 12 di 83

STANDARD SI		► “Arbovirus: patogeni d’importazione con rischio di circolazione autoctona” 19/05/2025- 23/05/25 2°ed. ► Stop Sepsis Save Lives – Call to Action 13/09/2025 ► NGS presente e prospettive future: sequenziamento e Bioinformatica per la caratterizzazione dei microrganismi. 07/10/2025 ►Le infezioni in gravidanza: attualità e prospettive (29/10/2025) ► Corso di formazione ed aggiornamento per gli operatori dei laboratori BLS3 e BLS4 (24/11/25-28/11/25) ► Epidemiologia, sorveglianza e controllo delle malattie a trasmissione alimentare. 10/12/2025
----------------	--	---

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL’IGIENE DELLE MANI		
Attività	Realizzata	Stato di attuazione
ATTIVITA’ B1I25: Implementazione del Piano di azione locale per l’igiene delle mani 2025 INDICATORE Raggiungimento livello avanzato 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. (20/01/2026) ► Elaborazione e trasmissione del “Piano locale azione igiene mani” per il 2025 trasmesso al Centro Regionale Rischio Clinico”

 <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 2026	Pagina 13 di 83

ATTIVITA’ B2I25: 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 05/02/2025, 16/07/25 e del 22/12/2025 aggiornati e revisionati al 06/02/2026. ► Dati consumo soluzione idroalcolica relativi anno 2025 inviati il 23/07/2025 per il 1° semestre, e il 06/02/2026 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.
---	------------	---

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’C1I25: 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 1° semestre 2025 sono state segnalate 8 batteriemie da CRE e 51 colonizzazioni/infezioni da Enterobacteriaceae resistenti a ceftazidime/avibactam, e trasmesse le relative segnalazioni a Regione/Ministero. Nel 2° semestre sono state segnalate 8 batteriemie da CRE e 49 colonizzazioni/infezioni da Enterobacteriaceae resistenti a ceftazidime/avibactam, ► Relazione per il 1° semestre 2025 della Microbiologia inviata il 9/07/25 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”. Relazione 2° semestre inviata il 14/01/2026.



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 14 di 83

ATTIVITA' C2I25: 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 15/07/2025 ed il 2° semestre il 15/01/26).
ATTIVITA' C3I25: 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 entro 30/09/25 STANDARD SI	Realizzata	► Il report finale della PPS su ICA e uso degli antibiotici è stato inviato il 25/07/25 insieme alla presentazione PP mostrata al CC-ICA il 16/07/25.
ATTIVITA' C4I25: 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 16 luglio 2025 e del 31/01/2026. Dati aggiornati e revisionati al 31/01/2026
ATTIVITA' C5I25: Implementazione di un programma di stewardship diagnostica e terapeutica nel reparto di Terapia Intensiva e Rianimazione	Realizzata	► Sono stati redatti ... report semestrali su numero di terapie antimicrobiche mirate sulla base del risultato della <i>fast microbiology</i> per emocolture e riduzione

 <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 2026	Pagina 15 di 83

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 delle Malattie infettive e Anestesiologia)		durata della terapia antibiotica rispetto ai dati attuali di letteratura ed inviati alla Direzione Sanitaria (il 1° report inviato il 12/07/2025 ed il 2° il 05/02/2026).
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	Realizzata	► Sono stati redatti report semestrali ed inviati alla Direzione Sanitaria (il 1° presentato in PP durante il CC-ICA del 16/07/25 ed il 2° report trasmesso il 05/02/2026
ATTIVITA’ C7I25: Elaborazione procedura per la prevenzione ed il controllo della Polmonite Associata alla Ventilazione Meccanica INDICATORE: Revisione della procedura entro il 30.06.2025	Realizzata	► Procedura pubblicata su Intranet il 21/10/25, ma inviata tramite e-mail a tutti i sanitari il 03/09/2025

 <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 2026	Pagina 16 di 83

STANDARD: SI FONTE: UOC Terapia Intensiva e Rianimazione delle Malattie infettive e Anestesiologia/UOSD Risk Management		
--	--	--

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 2026

Pagina 17 di 83

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 obiettivi 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 2026 contiene anche, in ALLEGATO 2, la relazione sulle cadute relative all’anno 2025.

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 (25= rendicontazione dell’obiettivo relativo all’anno 2025; 26: programmazione dell’obiettivo per il 2026)

OBIETTIVO A) Diffondere la cultura della sicurezza delle cure.

ATTIVITÀ A1C26 - Corso base di gestione del rischio clinico “Dalla prevenzione alla gestione: un approccio multidisciplinare al rischio di caduta, contenzione, protezione fisica del paziente e implicazioni legali”

INDICATORE:

Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 18 di 83

STANDARD: 100%			
FONTE UOSD Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’			
Azione	UOSD Risk Management	UOC Centro di Formazione Permanente in Sanità	Corpo Docente
Progettazione del corso o partecipazione	R	C	C
Accreditamento del corso	C	R	I
Esecuzione del corso	C	C	R

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato

ATTIVITÀ A2C26 - Progettazione ed esecuzione di almeno una edizione di un “corso di gestione del rischio clinico relativo a uno specifico ambito di attività” Corso di prevenzione e gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari			
INDICATORE: Esecuzione di almeno una edizione del Corso entro il 31.12.2026			
STANDARD: 100%			
FONTE UOSD Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’			
Azione	UOSD Risk Management	UOC Centro di Formazione Permanente in Sanità	Corpo Docente
Progettazione del corso o partecipazione	I	C	R
Accreditamento del corso	I	R	C
Esecuzione del corso	I	C	R

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 19 di 83

ATTIVITÀ A3C26 – Presentazione PARS: diffusione sul sito aziendale e organizzazione di un corso di presentazione agli Operatori Sanitari			
INDICATORE: Esecuzione di almeno due edizioni del Corso entro il 31.12.2026			
STANDARD: 100%			
FONTE UOSD Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	UOSD Risk Management	UOC Centro di Formazione Permanente in Sanità	Corpo Docente
Progettazione del corso o partecipazione	R	C	C
Accreditamento del corso	C	R	I
Esecuzione del corso	R	C	C

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato

ATTIVITÀ A4C26 –Analisi e reportistica di eventi avversi e diffusione del report su intranet			
INDICATORE Report semestrali pubblicati in intranet			
STANDARD Analisi e reportistica semestrale del 100% delle schede caduta -almeno 2 report a DS e su intranet			
FONTE UOSD Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOSD Risk Management	Personale	Direzione sanitaria
Segnalazione eventi	I	R	I
Valutazione	R	I	C
Inserimento	R	I	I
Report	R	I	C

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Interesse

ATTIVITÀ A5C26 – Sicurezza delle cure in farmacoterapia -Monitoraggio, analisi e reportistica, diffusione del report

 <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 2026	Pagina 20 di 83

Monitoraggio semestrale dell’applicazione e del rispetto della procedura “errori in terapia farmacologica”, con controllo, compilazione e analisi dei dati delle checklist in tutte le UU.OO. e relativa elaborazione del report			
INDICATORE Report semestrali			
STANDARD 90%			
FONTE UOS Professioni Infermieristiche			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOS PI	UOSD Risk Management	Direzione sanitaria
Segnalazione eventi	R	C	I
Valutazione	R	C	C
Inserimento	R	I	I

OBIETTIVO B) Migliorare l’appropriatezza assistenziale ed organizzativa, attraverso la promozione di interventi mirati al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate e monitoraggio e/o contenimento degli eventi avversi.

ATTIVITÀ B1C26 – Stesura di procedure per la sicurezza dei pazienti: Raccomandazione Ministeriale n. 2 “Prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all’interno del sito chirurgico”						
INDICATORE Redazione della Procedura Ospedaliera entro il 30.09.2026						
STANDARD <u>100%</u>						
FONTE UOSD Risk Management						
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						
Azione	UOSD Management	Risk	Responsabile lavoro	gruppo	Direzione sanitaria	UOS PI
Progettazione dei gruppi	R		C		C	I
Stesura/aggiornamento delle procedure	C		R		C	I
Validazione delle procedure	R		I		I	I
Approvazione procedure	I		I		R	I
Informazione/formazione	R		C		I	C
Verifica applicazione	R		C		I	C

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 21 di 83

ATTIVITÀ B2C26 – Implementazione e aggiornamento della procedura “Corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura”, in attuazione della Raccomandazione Ministeriale n. 3, a seguito dell’apertura del blocco operatorio.

INDICATORE

Aggiornamento della Procedura esistente con implementazione della sezione chirurgica entro il 30.09.2026

STANDARD

100%

FONTE

UOSD Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD Risk Management	Responsabile gruppo lavoro	Direzione sanitaria	UOS PI	Gruppo
Progettazione dei gruppi	R	C	C	C	I
Stesura/aggiornamento delle procedure	C	R	C	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

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato

ATTIVITÀ B3C26 – Aggiornamento delle procedure per la sicurezza dei pazienti

INDICATORE

n. procedure

STANDARD

100% aggiornamento delle Procedure emanate prima del 2023

FONTE

UOSD Risk Management

MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Azione	UOSD Risk Management	Responsabile gruppo lavoro	Direzione sanitaria	UOS PI	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 B4C26 – 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")



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 22 di 83

INDICATORE n. inserimenti			
STANDARD 100%			
FONTE UOSD Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOSD Risk Management	Personale	Direzione sanitaria
Segnalazione eventi	I	R	I
Valutazione	R	I	C
Inserimento	R	I	I

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato

ATTIVITÀ B5C26 – Valutazione della qualità della cartella clinica, come strumento di Risk Management, tramite verifiche a campione con cadenza semestrale: controllo dell’inserimento delle schede di rischio caduta e rischio suicidio e verifica mirata delle cartelle in seguito alla notifica di un evento avverso.			
INDICATORE % di cartelle cliniche complete delle schede di rischio caduta e rischio suicidio correttamente compilate (secondo la Procedura Ospedaliera sulla Qualità della Cartella Clinica)			
STANDARD ≥ 90%			
FONTE UOSD Risk Management; Cartella Elettronica			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOSD Risk Management	SIO	Direzione Sanitaria
Esecuzione	C	R	I
Report	C	R	I
Verifica	R	I	I

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato

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

ATTIVITÀ C1C26 –Introduzione del SWA (Safety Walking Around) come strumento di valutazione di criticità e rischi
INDICATORE Redazione della checklist di SWA ed esecuzione di un SWA in un reparto pilota

 <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 2026	Pagina 23 di 83

STANDARD Report del SWA effettuato e analisi delle criticità			
FONTE UOSD Risk Management			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	UOSD Risk management	Direzione sanitaria	UOS PI
Progettazione dell’attività	R	C	
Esecuzione dell’attività	R	C	C
Compilazione del report	R	C	C

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato

ATTIVITÀC2C26 – Formazione e addestramento BLSD Progettazione ed esecuzione di attività formative e addestramento pratico BLSD per il mantenimento/aggiornamento delle competenze degli operatori.			
INDICATORE: almeno 2 edizioni			
STANDARD Si			
FONTE UOC Terapia Intensiva e Rianimazione delle malattie Infettive e Anestesiologia			
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ			
Azione	Rianimazione	Responsabile Formazione	Direzione sanitaria
Progettazione del corso	R	I	I
Accreditamento del corso	C	R	I
Esecuzione del corso	R	C	I

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato

ATTIVITÀ C3C26 - Progettazione ed esecuzione di iniziative di informazione e formazione con corsi di aggiornamento incaricati antincendio ai nuovi assunti.			
INDICATORE n. formati/n.assunti			
STANDARD Formazione del 100% dei nuovi assunti			
FONTE UOC Centro di Formazione Permanente in Sanità			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’			

 <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 2026	Pagina 24 di 83

Azione	RSPP	UO Formazione	UOSD Risk Management
Progettazione del corso o partecipazione	R	I	
Accreditamento del corso	C	R	
Esecuzione del corso	R	C	I

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato

ATTIVITÀ C4C26 - Progettazione ed esecuzione di iniziative di Informazione e formazione sulla sicurezza con corsi di aggiornamento in materia di radioprotezione e sicurezza in Risonanza Magnetica			
INDICATORE			
Numero di moduli/iniziative			
STANDARD <u>>1</u>			
FONTE			
UOC Centro di Formazione Permanente in Sanità			
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'			
Azione	UOSD Diagnostica per Immagini	UOC Centro di Formazione Permanente in Sanità	UOSD Risk Management
Progettazione del corso o partecipazione	R	I	
Accreditamento del corso	C	R	
Esecuzione del corso	R	C	I

Legenda: R: Responsabile; C: Coinvolto; I: Informato

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 31/12/2026 gli obiettivi definiti nel Piano di Intervento e ne assicuri il mantenimento o il miglioramento negli anni successivi;

 <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 2026	Pagina 25 di 83

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’ A1I26 – 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

OBIETTIVO B) IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL’IGIENE DELLE MANI	
ATTIVITA’ B1I26 (M) – Implementazione del Piano di azione locale 2026	
INDICATORE Raggiungimento livello avanzato in tutte le attività	
STANDARD SI	
FONTE	

 <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 2026	Pagina 26 di 83

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' B2I26 (M)– Elaborazione dei dati di consumo delle soluzioni idroalcoliche				
INDICATORE Produzione report semestrale				
STANDARD 2				
FONTE UOC Farmacia				
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'				
Azione	UOC Farmacia	CC-ICA	UOSD 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

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' C1I26 (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'				

 <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 2026	Pagina 27 di 83

Azione	CC-ICA	UOSD 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’ C2I26 (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	UOSD Risk Management	Direzione Sanitaria	UOC Microbiologia	UO degenza
Segnalazione alert	I	I	I	R	I
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’ C3I26 (M) – Realizzazione ed analisi dei dati di un’indagine di prevalenza puntuale sulle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA) e sull’uso degli antibiotici.	
INDICATORE Report	
STANDARD Entro il 31/12/2026	

 <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 2026	Pagina 28 di 83

FONTE					
AST, UOSD Risk Management, Seresmi					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA’					
Azione	UOC Farmacia	AST	UOSD Risk Management	Direzione Sanitaria	Seresmi
Sviluppo e organizzazione attività	C	R	C	C	I
Raccolta dati	I	C	R	C	I
Analisi dati	I	C	C	I	R
Report	C	C	C	I	R
Diffusione	I	C	C	R	C

(M): mandatoria

ATTIVITA’ C4I26 – Elaborazione dei dati di consumo dei farmaci antinfettivi espressi in DDD/ 100 gg degenza

INDICATORE
Report semestrale

STANDARD
2

FONTE
UOC Farmacia

MATRICE DELLE RESPONSABILITA’				
Azione	UOC Farmacia	AST	Risk Management	Direzione Sanitaria
Produzione dati come da protocollo	R	C	C	I
Analisi	R	C	C	C
Report	R	C	C	I
Diffusione	R	C	C	I

ATTIVITA’ C5I26 – Elaborazione dati relativi alla valutazione dei principali indicatori di appropriatezza utili per la valutazione dell’utilizzo delle emocolture

INDICATORE
Report annuale sugli indicatori di appropriatezza delle emocolture

STANDARD
1

FONTE

 <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 2026	Pagina 29 di 83

Microbiologia					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azione	UOC Microbiologia	UOC degenza	CC-ICA	Risk Management	Direzione Sanitaria
Produzione dati come da protocollo	R	C	I	C	I
Analisi	R	C	I	C	I
Report	R	C	I	I	I
Diffusione	R	C	I	I	C

ATTIVITA' C6I26 (M) –Elaborazione procedura per la gestione della terapia antibiotica.						
INDICATORE						
Entro il 28/02/2026						
STANDARD						
Si						
FONTE						
AST, Farmacia, UOC Infezioni Sistemiche dell'Immunodepresso						
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'						
Azione	AST	Gruppo di lavoro	UOC Farmacia	UOC infezioni sistemiche	CC-ICA	Direzione sanitaria
Progettazione dei gruppi	R	C	C	C	I	I
Stesura delle procedure	C	R	I	C	C	I
Validazione delle procedure	R	C	I	I	I	I
Approvazione procedure	I	I	I	I	I	R
Informazione/formazione	R	C	I	I	I	I
Verifica applicazione	C	I	I	I	I	R

ATTIVITA' C7I26 (M) –Elaborazione PDTA gestione sepsi

 <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 2026	Pagina 30 di 83

INDICATORE Elaborazione PDTA entro il 31.12.2026					
STANDARD Si					
FONTE					
MATRICE DELLE RESPONSABILITA'					
Azione	UOSD Risk management	Gruppo di lavoro	Direzione sanitaria	UOC Terapia Intensiva e Rianimazione delle Malattie infettive e Anestesiologia	CC-ICA
Progettazione dei gruppi	C	C	R	C	C
Stesura delle procedure	C	R	I	I	I
Validazione delle procedure	R	I	I	I	C
Approvazione procedure	I	I	R	I	I
Informazione/formazione	C	C	I	R	I
Verifica applicazione	C	C	R	C	C

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.

Riferimenti normativi, bibliografia e sitografia

- Intesa Stato-Regioni sul documento recante "Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico - Resistenza (PNCAR) 2022-2025" (Rep. Atti n. n. 233/CSR del 30 novembre 2022).



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 31 di 83

- Intesa, ai sensi dell’articolo 1, comma 529, della legge 29 dicembre 2022, n. 197, sui criteri, le modalità di riparto del finanziamento previsto dal medesimo articolo 1, comma 529, nonché sul monitoraggio delle attività realizzate per dare attuazione alle misure e agli interventi previsti nel Piano nazionale di contrasto all’antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025 (Rep. atti n. 52/CSR del 17 aprile 2025)
- Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla proroga fino al 31 dicembre 2026 del documento recante "Piano di contrasto all’antibiotico-resistenza (PNCAR) 2022-2025" di cui all’intesa del 30 novembre 2022 (Rep. Atti 233/CSR)”
- Deliberazione 21 dicembre 2021, n. 970 “Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025”
- Deliberazione Giunta Regionale n. 332 del 24 maggio 2022 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6: Salute –Componente M6C1 e M6C2– Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)
- 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 2026

Pagina 32 di 83

ALLEGATO 1

PIANO di AZIONE LOCALE per l'IGIENE delle MANI 2026 PARS 2026 - 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 2025
- C. Programmazione 2026

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 2026

Pagina 33 di 83

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 2025

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° **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 2026

Pagina 34 di 83

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"*.

La definizione del Piano Azione locale Igiene Mani 2025, il suo sviluppo ed il raggiungimento del livello avanzato rappresenta la Attività 2 del PARS 2025 dell'INMI, approvato. L' Attività 3 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.

Sviluppo del piano locale

a) Autovalutazione

Per poter valutare i miglioramenti dopo interventi nei 5 componenti e stabilire il livello raggiunto all'INMI Spallanzani, riguardo all'igiene delle mani, a febbraio 2026 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 2026 durante il CC-ICA.

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.

Negli ultimi 2 anni il livello raggiunto nell'Istituto, relativo alla pratica dell'igiene mani, ha subito un netto miglioramento, grazie soprattutto al commitment della Direzione Strategica.

Dal 2023 al 2025 il livello generale, valutato con il questionario di Autovalutazione, è stato sempre avanzato, ma negli anni il punteggio è aumentato, passando da 390 nel 2023 a 455 nel 2024, fino a raggiungere 467,5 nel 2025 nel quale tutti e 5 i componenti si sono attestati su un livello avanzato:

- Requisiti strutturali e tecnologici: 100
- Formazione del personale: 100
- Valutazione, monitoraggio e feedback: 87.5
- Comunicazione permanente: 95
- Clima organizzativo e commitment: 85

 <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 2026	Pagina 35 di 83

Autovalutazione dei 5 componenti secondo l’“Hand Hygiene Self-Assessment Framework” WHO	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Monitoraggio (M)	STATO REALIZZAZIONE
	Compilazione dei questionari di autovalutazione	CC-ICA, GTO e UOSD Risk Management		Febbraio 2026. Il questionario autovalutazione è stato compilato il 20/01/26 per valutare i miglioramenti dopo interventi nei 5 componenti messi in atto nel 2025
	Presentazione autovalutazione 5 componenti durante incontro CC-ICA (febbraio 2026).	UOSD Risk Management/ISRI		Febbraio 2026 feedback al CC-ICA sul livello di igiene mani dell’INMI Spallanzani raggiunto nel corso del 2025 (livello avanzato)

 <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 2026	Pagina 36 di 83

b) Scheda azione 1: Requisiti strutturali e tecnologici

Il componente “requisiti strutturali e tecnologici” ha mostrato un punteggio pari a 100 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 giugno e novembre-dicembre 2025 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 e ai direttori e direttrici di UOC, 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 novembre-dicembre 2025 si è mantenuto un buon livello in tutte le UOC di degenza.

Durante il 2025 l’approvvigionamento del gel idroalcolico presso i reparti di degenza e presso i servizi non ha mai riscontrato alcuna problematica. Ad ottobre-novembre 2025 è stata elaborata e pubblicata la procedura interna relativa alla sorveglianza del consumo della soluzione idroalcolica. Alla fine del 2025 è incominciata l’implementazione di tale sorveglianza attraverso l’utilizzo della piattaforma digitale AIPLAN-IPC di NOMOS.

Scheda azione 1 Requisiti strutturali e tecnologici	Azioni miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)	Realizzata
	Indagine sul consumo di soluzione alcolica.	UOC Farmacia, Direzione Sanitaria, UOSD Risk Management	Trimestrale. Dati presentati ai CC-ICA del 14/02/25, 16/07/25 22/12/25	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 2026	Pagina 37 di 83

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	UOC Servizio Tecnico e Patrimonio, UOS Professioni Infermieristiche	semestrale	Effettuato il monitoraggio a giugno 2025 e novembre - dicembre 2025	Realizzata
	Monitoraggio e feedback condizioni igieniche dei lavandini nelle zone filtro stanze degenza e medicherie delle unità di degenza	Direzione Sanitaria, UOS Professioni Infermieristiche, UOSD Risk Management	semestrale.	Effettuato il monitoraggio a giugno 2025 e novembre - dicembre 2025	Realizzata
	Monitoraggio e feedback disponibilità di sapone, salviette monouso gel idroalcolico nelle unità di degenza.	Direzione Sanitaria, UOS Professioni Infermieristiche, UOSD Risk Management	semestrale.	Effettuato il monitoraggio a giugno 2025 e novembre - dicembre 2025	Realizzata
	Intervento di decalcificazione dei filtri dei rubinetti dei lavandini nelle zone filtro delle stanze delle UOC di degenza.	Direzione Sanitaria, UOS Professioni Infermieristiche, UOC Servizio Tecnico e Patrimonio e personale igiene ambientale	ogni 15 giorni.	Monitoraggio trimestrale.	Realizzata
	Presenza di un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della struttura.	Direzione Sanitaria, UOC Farmacia, UOSD Risk Management	Mensile, sulla base delle richieste inviate ai coordinatori	Realizzato piano, incluso nella procedura 90/25, sul consumo della soluzione idroalcolica elaborata nell’ottobre 2025 e pubblicata su Intranet 27/11/25	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 2026	Pagina 38 di 83

	Revisione Procedura sull’igiene mani, elaborata nel 2021 (Rev. n.2 del 16/03/2021)	Direzione sanitaria, UOS Professioni Infermieristiche, UOSD Risk Management, componenti GIM (medico e infermiere) UOC Farmacia.	Entro il 31/12/2025		NON REALIZZATA
--	--	---	---------------------	--	----------------

Indicatori di struttura

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

	Coordina tore reparto	UOC Farmacia	Infermiere/OSS	UOC Servizio Tecnico e Patrimonio	UOC Acquisizione Beni e Servizi
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	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 2026

Pagina 39 di 83

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: formatori, osservatori e personale sanitario incluso il personale delle ditte esterne di pulizia ed ausiliario.

Durante il 2025 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.

Parte del personale addetto alla formazione (infermiera specialista del rischio infettivo, infermiera responsabile come posizione organizzativa per l'umanizzazione delle cure) e un ulteriore risorsa (2° infermiera specialista in rischio infettivo) sono state selezionate dalla Direzione Sanitaria per partecipare ad una FAD asincrona organizzata dall'Istituto Superiore di Sanità sul monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani con il fine di migliorare le loro capacità di tutor e formatrici.

A febbraio 2025 sono stati identificate 3 nuove osservatrici dell'adesione all'igiene mani (1 anestesista della Rianimazione e 2 assistenti sanitarie). Nel 2025 il numero totale degli osservatori/osservatrici si attesta a 31. Gli e le osservatrici sono presenti sia nelle UOC di degenza che nei servizi diurni come ambulatori o servizi di diagnostica (radiologia ed endoscopia).

Entro il 1° trimestre del 2025 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 UOC Formazione.

Gli osservatori selezionati nel 2025 sono stati inclusi in quello che è stato identificato come Gruppo Igiene Mani (GIM).

La formazione dei nuovi osservatori/osservatrici 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.

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 nel 2024 e per implementare la formazione degli operatori sulla corretta igiene delle mani anche in tutti gli altri servizi assistenziali.

Nel 2025 si è ritenuto fondamentale formare anche il personale externalizzato della ditta delle pulizie ed ausiliario. Il corso nasce dall'esigenza di fornire competenze specifiche agli addetti alle pulizie e al servizio di ausiliario che svolgono un ruolo fondamentale nella prevenzione delle ICA, soprattutto presso le aree ad alto e altissimo rischio ospedaliero e negli ambulatori.

La formazione specifica sulle buone pratiche da seguire è essenziale per far sì che tali operatori siano adeguatamente preparati per garantire la massima igiene nei contesti sanitari.

 <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 2026	Pagina 40 di 83

Scheda azione 2	Azioni	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)	Realizzata
Formazione dei formatori Formazione degli osservatori	Conferma dei formatori: 2 infermiere specialiste in rischio infettivo, 1 PO professioni sanitarie. 1 coordinatore infermieristico	CC-ICA Direzione Sanitaria	febbraio 2025		Realizzata
	Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di formazione (nuovi osservatori, retraining osservatori, ditta pulizia e ausiliariato) e diffonderlo a tutta la Struttura attraverso mail aziendale.	Direzione Sanitaria UOSD Risk Management	febbraio -marzo 2025		Realizzata Piano/calendario stabilito per il training degli osservatori.
	Identificazione di 3 nuove osservatrici del gruppo igiene mani (GIM): 1 anestesista (sostituisce la collega che c'era precedentemente), 2 assistenti sanitarie	Direzione Sanitaria UOSD Risk Management	febbraio 2025		Realizzata.
	Formazione di 3 nuove osservatrici del gruppo igiene mani (GIM).	UOSD Risk Management UOS Professioni infermieristiche	Marzo 2025		Realizzata. Dal 1/03/2025 al 31/03/25.
	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 il monitoraggio di settembre-	Realizzata 2 edizioni: 1°edizione 02/05/25-31/05/25 2°edizione 1/06/25-31/07/25

 Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026	Pagina 41 di 83

				novembre 2025	
Formazione del personale	Consegna ai neoassunti della Procedura igiene mani e utilizzo box pedagogico	UOS Professioni Infermieristiche/Tecniche/UOSD Risk Management/SPP	12 mesi		Non Realizzata.
	Formazione personale esternalizzato della ditta pulizia ed ausiliario.	UOS Professioni Infermieristiche/Tecniche/UOSD Risk Management	Maggio 2025		Realizzata Tre edizioni con test di apprendimento e utilizzo del box pedagogico. Formato il 94,5% degli operatori delle pulizie (52 su 55 totali) e il 98% degli ausiliari (37 su 42 totali).

d) Scheda azione 3: monitoring e feedback

Nel 2025 è stato effettuato il monitoraggio dell’adesione all’igiene delle mani in tutte le UOC di degenza e i servizi. Il monitoraggio dei servizi ha previsto un totale di 100 osservazioni complessive nei servizi ambulatoriali, Day Hospital, nella UOSD Radiologia, Endoscopia, Accettazione. Nelle UOC di degenze sono state osservate 200 opportunità.

Il monitoraggio è avvenuto da metà settembre a metà novembre.

Nel 2024 è stata acquistata una piattaforma digitale per supportare la raccolta e l’analisi dati del monitoraggio dell’adesione dell’igiene delle mani. Nel 2025 la piattaforma è stata migliorata e i dati sono stati raccolti attraverso l’utilizzo di tablet in cui è presente la scheda OMS digitalizzata. Durante i monitoraggi è stato fornito agli operatori sanitari un feedback immediato. La restituzione dei dati a tutti i reparti ed i servizi è stato fornito dagli osservatori in alcuni incontri organizzati tra Gennaio e Febbraio 2026. Un ulteriore feedback sull’adesione generale dell’adesione igiene mani è stato restituito durante la riunione del CC-ICA del 22/12/2025.

La Regione Lazio, con una nota recepita dal nostro Istituto il 24 novembre 2025, ha richiesto a tutte le strutture sanitarie di ricovero pubbliche e private di trasmettere al SERESMI i dati, per ogni semestre, relative all’adesione dell’igiene delle mani. I dati del 1° semestre 2025 sono stati inviati il 15 dicembre 2025, mentre i dati del 2° semestre il 4 febbraio 2026.

Nel 2025 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 2026

Pagina 42 di 83

Scheda azione 3 Monitoraggio e Feedback	Azioni di miglioramento Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di monitoraggio e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura attraverso email aziendale.	Responsabili (R) Direzione Sanitaria UOSD Risk Management	Monitoraggio(M)	STATO DI REALIZZAZIONE Realizzata. Agosto-settembre 2025
	Organizzare, con il GIM, il piano delle osservazioni dei servizi e, in una seconda fase, delle UOC di degenza.	UOSD Risk management (ISRI) GIM		Realizzata.
	Condurre osservazioni nelle UOC di degenza (200 osservazioni per UOC) e fornire un feedback immediato alla fine di ogni sessione di osservazione.	20 osservatori		Realizzata 15 sett-15 nov
	Condurre osservazioni nei servizi ambulatoriali, DH (100 osservazioni complessive) e UOSD Radiologia e diagnostica immagini, Endoscopia, Accettazione, Fisioterapia (100 osservazioni complessive) e fornire un feedback immediato alla fine di ogni sessione di osservazione.	11 osservatori		Realizzata 15 sett-15 nov
	Analisi dati (per servizio, per operatore, cioè medici, inf., OSS, per indicazione etc.)	UOSD Risk management (ISRI)		Realizzata Gennaio 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 e nelle degenze)	UOSD Risk management (ISRI)+ GIM		Realizzata Feedback al GIM (02/12/25) Feedback CC-ICA/GTO/AST (22/12/25) Feedback agli operatori sanitari delle degenze e dei servizi. (gennaio-febbraio 2026)

 <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 2026	Pagina 43 di 83

	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.	UOSD Risk Management/UOC Farmacia/Direzione Sanitaria	Ogni trimestre.	Realizzata. Report trimestrali per il consumo di gel idroalcolico nei reparti di degenza. Nel 2025, rispetto al 2024 il consumo di soluzione idroalcolica è aumentato ed è rimasto al di sopra dei 20 Lt/1000 giorni-paziente.
Monitoraggio e feedback	Presentazione periodica ai reparti del consumo del gel idroalcolico.	UOC Farmacia/UOSD Risk Management		Realizzata I dati sono stati sempre presentati al CC-ICA/GTO/AST, ma non a tutti i reparti. Sono stati presentati agli operatori sanitari durante gli incontri del corso sulla prevenzione delle ICA finanziato con i fondi del PNRR.
	Restituzione agli operatori sanitari dei dati del sondaggio sulla percezione dell’igiene mani degli operatori sanitari.	UOC Farmacia/UOSD Risk Management		Realizzata parzialmente. Risultati presentati al CC-ICA/GTO/AMS e durante l’incontro del corso sulla prevenzione delle ICA finanziato con i fondi del PNRR.

Indicatori di struttura

La tabella seguente definisce i ruoli e lo stato degli indicatori di struttura che potranno essere modificati nel corso del 2023.

	CC-ICA	GTO	Coordinatori	UOSProfessioni Infermieristiche	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

 <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 2026	Pagina 44 di 83

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 risultati dell’osservazione agli operatori e alla Direzione	I	R	C	C	C	Definito
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 2025, con l’utilizzo della piattaforma AIPLAN-IPC, è stato possibile analizzare i dati generali e i dati disaggregati, per UOC di degenza e servizi, dell’adesione all’igiene mani degli operatori sanitari. Entro il I trimestre del 2026 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

 <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 2026	Pagina 45 di 83

e) Scheda azione 4: Comunicazione permanente

Scheda azione 4	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Monitoraggio(M)	STATO REALIZZAZIONE
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.	UOSD Risk Management, Direzione Sanitaria, UOS Professioni Infermieristiche, UOS Professioni Tecniche, Comunicazione	Affissione di un Poster in tutti i punti di timbratura cartellino per invito al flash mob del 5 maggio 2025	Realizzata Marzo-Aprile 2025
	Pianificare ed organizzare un programma per la giornata internazionale sull’igiene delle mani. (5 maggio)	UOSD Risk Management/ UOS Professioni Infermieristiche/ Direzione Sanitaria/Direzione Generale		Realizzata Marzo 2025
	Montaggio dei 5 video girati con gli operatori sanitari dell’Istituto sui 5 momenti dell’igiene mani.	UOS Professioni Infermieristiche/ UOSD Risk Management/Ufficio Comunicazione		Realizzata. Inoltre, nell’ambito del corso di formazione sulla prevenzione delle ICA finanziato con i fondi PNRR, è stato girato un video sull’igiene delle mani divulgato a 17.000 operatori sanitari della Regione Lazio.

 <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 2026	Pagina 46 di 83

	Pubblicazione POST su Giornata Igiene Mani	UOSD Risk Management, Direzione Sanitaria, Comunicazione		Realizzata. Pubblicazione a Maggio 2025 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 ogni 2 anni	UOS Professioni Infermieristiche/ Servizio Protezione e Prevenzione/UOC Acquisizione Beni e Servizi/ Direzione Sanitaria		Realizzata nel 2024, poiché è stata pianificata la sostituzione ogni 2 anni, questa attività verrà effettuata nel 2026.

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.

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.

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 2025 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 2025 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

 <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 2026	Pagina 47 di 83

dell’Azienda nel garantire questo aspetto deve essere garantito in modo più concreto. Nel 2026 sarà ulteriormente necessario un forte commitment da parte della Direzione Strategica, dei direttori e direttrici di UOC e UOSD e dei coordinatori e coordinatrici.

Nel 2025, dopo che nel 2024 è stato finanziato l’acquisto di una piattaforma informatica che ha facilitato la raccolta dati durante il monitoraggio dell’adesione igiene mani, è stato effettuato un ulteriore miglioramento della piattaforma che ha reso la raccolta dati ancor più semplice per gli osservatori e rende l’analisi dei dati più agevole.

Scheda azione	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Monitoraggio(M)	STATO REALIZZAZIONE
5 <i>Clima organizzativo e commitment</i>	Organizzazione giornata 5 maggio Igiene delle Mani – flash mob	UOSD Risk Management, Direzione Sanitaria, Direzione Generale, UOS Professioni Infermieristiche, UOS Professioni Tecniche, Comunicazione	Aprile-Maggio 2025	Realizzata. Flash mob è stato organizzato ed effettuato con la collaborazione di alcuni operatori sanitari. Le immagini ed il video prodotto sono stati pubblicati sui social (FB, Instagram, Linkedin)
	Inserimento negli obiettivi di budget realizzazione del monitoraggio dell’adesione dell’igiene delle mani	Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa, Direzione Generale, UOS Professioni Infermieristiche		Realizzata La UOS Professioni infermieristiche è riuscita a raggiungere l’obiettivo di budget, concordato con la Direzione Strategica che prevedeva il monitoraggio di almeno 200 opportunità per UOC di degenza e 100 nei servizi
	Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	GIM		Non realizzata Non è stato strutturato formalmente un programma di affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti. Alcuni osservatori e alcune osservatrici igiene mani hanno preso iniziativa personale, ma spinti/e più da una motivazione personale.

 <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 2026	Pagina 48 di 83

	Attivazione di un sistema (es.spilletta) per identificare i “leader” per l’igiene delle mani ovvero il GIM	Direzione Sanitaria, UOS Professioni Infermieristiche, UOSD Risk Management, Ufficio Comunicazione		Realizzata. Durante la giornata internazionale dell’igiene mani sono state create le spillette per tutti gli operatori sanitari e per il gruppo GIM (osservatori).
	Riunioni mensili del GIM.			Realizzata parzialmente. Le riunioni non sono state convocate tutti i mesi, ma nell’ultimo semestre sono state convocate con assiduità e continuità. Per ogni riunione è stato prodotto un verbale ed un foglio firme. Attivati anche collegamenti online. Le date in cui si sono svolti gli incontri sono le seguenti: 18/03/25 23/07/25 11/09/25 16/10/25 02/12/25

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 2026

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



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 49 di 83

f) Autovalutazione

L’autovalutazione sarà ripetuta, da parte del Gruppo Tecnico operativo del CC-ICA, entro febbraio 2026 attraverso il questionario di **autovalutazione di tutti e 5 i componenti del bundle (scheda azione)**.

Il punteggio che ne deriva fornirà al CC-ICA e GTO indicazioni su quali siano le aree prioritarie per il raggiungimento del previsto livello intermedio, o avanzato, 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 UOSD Risk Management	Febbraio 2027	febbraio 2027 ripetizione questionario autovalutazione per valutare i miglioramenti dopo interventi nei 5 componenti del piano messi in pratica durante il 2026
	Presentazione autovalutazione 5 componenti durante incontro CC-ICA-GTO. Illustrare obiettivi raggiunti, interventi implementati, criticità del Piano locale igiene mani 2025 e le priorità per il Piano locale 2026	UOSD Risk management/ISRI	Marzo 2026	Marzo 2026 presentazione e valutazione da parte del CC-ICA e GTO e AST dei risultati e obiettivi raggiunti.

Scheda azione 1: Requisiti strutturali e tecnologici

Nel 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.

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). Per il 2025 pianificare ed effettuare l’installazione anche nei corridoi degli ambulatori e DH

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

 <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 2026	Pagina 50 di 83

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, le coordinatrici, i direttori e direttrici di UOC; 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 Requisiti strutturali e tecnologici	Azioni miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)
	Indagine sul consumo di soluzione alcolica.	UOC Farmacia, Direzione Sanitaria, UOSD Risk Management	trimestrale. aprile/luglio/ nov 2026 e gennaio 2027 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.	UOC Servizio Tecnico e Patrimonio, UOS Professioni Infermieristiche.	semestrale	marzo 2026 (1°) novembre 2026 (2°)
	Monitoraggio e feedback condizioni igieniche dei lavandini nelle zone filtro stanze degenza e medicherie delle unità di degenza	Direzione Sanitaria, UOS Professioni Infermieristiche, UOSD Risk Management	semestrale.	marzo 2026 (1°) novembre 2026(2°)
	Monitoraggio e feedback disponibilità di sapone, salviette monouso gel idroalcolico nelle unità di degenza.	Direzione Sanitaria, UOS Professioni Infermieristiche, UOSD Risk Management	semestrale.	marzo 2026 (1°) novembre 2026 (2°)

 <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 2026	Pagina 51 di 83

	Intervento di decalcificazione dei filtri dei rubinetti dei lavandini nelle zone filtro delle stanze delle UOC di degenza.	Direzione sanitaria, UOS Professioni Infermieristiche, UOSD Risk Management, UOC Servizio Tecnico e Patrimonio 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.	Direzione Sanitaria, UOC Farmacia, UOSD 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, UOS Professioni Infermieristiche, UOSD Risk Management, componenti gruppo GIM (medico ed infermiere), UOC Farmacia.		Entro 31/12/26

INDICATORI DI STRUTTURA

Nel corso del primo semestre del 2026 saranno sviluppate istruzioni operative per la formalizzazione delle attività, comunque in atto, secondo la seguente matrice di responsabilità:

	Coordinatore reparto	UOC Farmacia	Infermiere/OSS	UOC Servizio Tecnico e Patrimonio
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>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 2026	Pagina 52 di 83

g) Scheda azione 2: Formazione del personale

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 2026 è previsto un retraining aziendale sulla prevenzione delle ICA, che comprende anche l’igiene delle mani, per gli addetti alle pulizie e al servizio di ausiliariato. Si è deciso di riproporlo per varie ragioni:

- nonostante tale personale non sia responsabile dell’assistenza diretta sui pazienti, ha però un ruolo fondamentale relativamente al contatto con l’ambiente e quindi nella trasmissione ambientale dei microrganismi
- apertura blocco operatorio e quindi la necessità di potenziare le conoscenze riguardo alla prevenzione delle ICA nelle aree ospedaliere ad alto e altissimo rischio
- nel monitoraggio adesione igiene mani effettuato nel 2025, anche il personale ausiliario è stato osservato e l’adesione non è stata sempre ottimale.

Nel 2026 la formazione sull’igiene mani si concentrerà su tutto il personale sanitario neo assunto.

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 2026	
Formazione del personale	Stabilire il piano/calendario, per l’avvio delle attività di retraining della personale ditta pulizie ed ausiliariato e diffonderlo a tutta la Struttura attraverso mail aziendale.	UOC Professioni Sanitarie /UOSD Risk Management	marzo 2026	

 <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 2026	Pagina 53 di 83

	Retraininig personale esternalizzato della ditta pulizia ed ausiliariato.	UOC Professioni Sanitarie/UOC Risk Management	aprile-giugno 2026	Test apprendimento e fogli firma
	Stabilire il piano/calendario, per l’avvio delle attività di formazione a tutti gli operatori sanitari neoassunti (infermieri, medici, OSS, tecnici, etc.) e diffonderlo a tutta la Struttura attraverso e-mail aziendale.	UOC Professioni Sanitarie/UOSD Risk Management/Direzione Sanitaria	Febbraio-Marzo 2026	
	Formazione a tutti gli operatori sanitari neoassunti (infermieri, medici, OSS, tecnici, etc.) su igiene mani. 1 ora di sessioni teoriche e pratiche attraverso l’utilizzo del box pedagogico.	UOC Professioni Sanitarie /UOSD Risk Management/SPP/Direzione Sanitaria	In collaborazione con SPP 2026	Fogli firma di presenza

INDICATORI DI STRUTTURA

Il CC-ICA ha proposto nell’ambito del Piano Formativo Aziendale, approvato a febbraio 2026, la programmazione di iniziative formative specifiche d’aula per il personale sanitario ed il personale delle ditte esterne di ausiliariato e pulizie ambientale.

h) Scheda azione 3: monitoring e feedback

Per il 2026 è previsto un monitoraggio mensile dell’adesione all’igiene delle mani nelle UOC di degenza e nei servizi, ciò per garantire una continuità nel flusso dei dati che vengono trasmessi alla Regione e che vengono restituiti a tutti gli operatori sanitari dell’INMI Spallanzani. IL numero di opportunità che verranno osservate mensilmente andrà da un numero di 20 ad un massimo di 40.

Il feedback continuerà ad essere fornito nel corso dell’anno 2026 a differenti livelli (CC-ICA/GTO/AMS, GIM e operatori sanitari) al fine di aumentare la consapevolezza sia della leadership dell’Istituto che degli operatori sanitari e migliorare la pratica di igiene mani per garantire la sicurezza delle cure.
Agli operatori sanitari verrà restituito un feedback immediato durante le osservazioni e semestralmente saranno organizzati degli incontri di restituzione dei dati in ogni UOC di degenza e servizio da parte degli osservatori.

La raccolta e l’analisi dei dati avverranno attraverso l’utilizzo della piattaforma digitale Nomos AI-PLAN.

 <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 2026	Pagina 54 di 83

Nel 2026 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, semestralmente, al personale sanitario delle UOC di degenza, insieme ai dati che gli osservatori presenteranno sull’adesione all’igiene mani

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.	UOSD Risk Management, GIM,	gennaio 2026	
	Organizzare, con il GIM, il piano delle osservazioni delle UOC di degenza e dei servizi.	UOSD Risk management (ISRI) GIM	gennaio 2026	
	Condurre mensilmente osservazioni nelle UOC di degenza (da 20 a 40 osservazioni per UOC) e fornire un feedback immediato alla fine di ogni sessione di osservazione.	16 osservatori	mensilmente	
Monitoraggio e Feedback	Condurre mensilmente osservazioni nei servizi ambulatoriali, DH (da 20 a 40 osservazioni) e fornire un feedback immediato alla fine di ogni sessione di osservazione.	14 osservatori	mensilmente	
	Analisi dati e reportistica (per servizio, per operatore, cioè medici, inf., OSS, per indicazione etc.)	UOSD Risk Management, GIM, SeRESMI.	Gennaio-febbraio 2027	
	Feedback sull’adesione 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)	UOSD Risk Management (ISRI)+ GIM	semestralmente	Svolgimento incontri con reparti

 <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 2026	Pagina 55 di 83

	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.	UOSD Risk Management/UOC Farmacia/Direzione Sanitaria	Ogni trimestre	Valutare consumi parallelamente a aderenza igiene mani.
Monitoraggio e Feedback	Presentazione periodica ai reparti del consumo del gel idroalcolico	UOC Farmacia/UOSD Risk Management	semestralmente	Svolgimento di incontri con il personale dei reparti sul consumo di gel idroalcolico e contemporaneamente dati adesione igiene mani
	Creazione in ogni reparto e servizio di una “information board” dal nome “come siamo andati questo mese?” che mostra l’adesione mensile dell’igiene mani nei reparti e nei servizi.	UOSD Risk Management/Direzione Sanitaria/UOS PI/GIM	Mensilmente	

INDICATORI DI STRUTTURA

La tabella seguente definisce i ruoli e lo stato degli indicatori di struttura che potranno essere modificati nel corso del 2026.

	CC-ICA	GTO	Coordinatori	UOS Professioni Infermieristiche	UOS 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 modalità di esecuzione delle attività di osservazione	I	R	I	I	I	I	Definito (annuale)
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)

 <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 2026	Pagina 56 di 83

	CC-ICA	GTO	Coordinatori	UOS Professioni Infermieristiche	UOS Professioni Tecniche	Direzione Sanitaria	Stato
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

Semestralmente 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 2026 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

i) Scheda azione 4: Comunicazione permanente

Nella tabella sottostante sono riportati tutti gli interventi che saranno messi in atto nel 2026 per ciò che concerne l’area della comunicazione permanente.

Scheda azione 4	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)
<i>Comunicazione permanente</i>	Evento Giornata 5 maggio Igiene delle Mani –	UOSD Risk Management, Direzione Sanitaria, UOC Professioni Sanitarie, Comunicazione	maggio 2026	Affissione di un Poster in tutti i punti di timbratura cartellino per invito al

 <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 2026	Pagina 57 di 83

	Pianificare ed organizzare un programma per la giornata internazionale sull’igiene delle mani. (5 maggio)	UOSD Risk Management/ UOS Professioni Infermieristiche/ Direzione Sanitaria/Direzione Generale	Da marzo 2026	
	Pubblicazione POST su Giornata Igiene Mani	UOSD Risk Management, Direzione Sanitaria, Comunicazione	Maggio 2026	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 ogni 2 anni	UOS Professioni Infermieristiche/ Servizio Protezione e prevenzione/UOC Acquisizione Beni e Servizi/ Direzione sanitaria	Ogni 2 anni. Nel 2026 andranno sostituiti se necessario. Monitorare i poster durante i monitoraggi dell’igiene dei lavandini (marzo e novembre 2026)	

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.

j) Scheda azione 5: clima organizzativo e commitment

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 2026, incluso il presente Piano di azione locale per l’igiene delle mani.

Per il 2026 sarà necessario che la Direzione Strategica dell’INMI, compresa la UOC Professioni Sanitarie, continuino 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.

 <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 2026	Pagina 58 di 83

Scheda azione 5	Azioni di miglioramento	Responsabili (R)	Tempi (T)	Monitoraggio(M)
<i>clima organizzativo e committment</i>	Organizzazione giornata 5 maggio Igiene delle Mani –	UOSD Risk Management, Direzione Sanitaria, Direzione Generale, UOC Professioni Sanitarie, Comunicazione	Marzo-aprile 2025	Pubblicazione sui Social INMI
	Procedura o istruzione operativa con annessa check list per gli operatori sanitari sul coinvolgimento dei pazienti e familiari alla pratica dell’igiene mani.	GIM, UOSD Risk Management, Direzione Sanitaria	Entro 31/12/26	
	Riunioni GIM	UOSD Risk Management, Direzione Sanitaria	Bi-trimestrali	Foglio firme

 <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 2026	Pagina 59 di 83

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 trimestrale: 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 2026

Pagina 60 di 83

RISULTATI DEL MONITORAGGIO DELL’ADESIONE GENERALE DELL’IGIENE DELLE MANI PRESSO LE UOC DI DEGENZA E I SERVIZI DELL’INMI SPALLANZANI RELATIVO ALL’ANNO 2025

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

L’ultimo monitoraggio dell’adesione all’igiene mani presso il nostro Istituto è stato effettuato nel 2025 nelle UOC di degenza, nella terapia intensiva ed in tutti i servizi. Sono stati formati un medico e un infermiere/a per ogni UOC di degenza come osservatori per l’adesione all’igiene delle mani, un/una infermier* in tutti i servizi e un’infermiera, un tecnico radiologo ed una medica radiologa nella UOSD Diagnostica per immagini.

Sono state osservate in totale 3795 opportunità e l’adesione generale all’igiene delle mani da parte degli operatori sanitari presso l’INMI “Lazzaro Spallanzani” di Roma, è risultata pari al 82,29% come mostrato dal grafico 1.

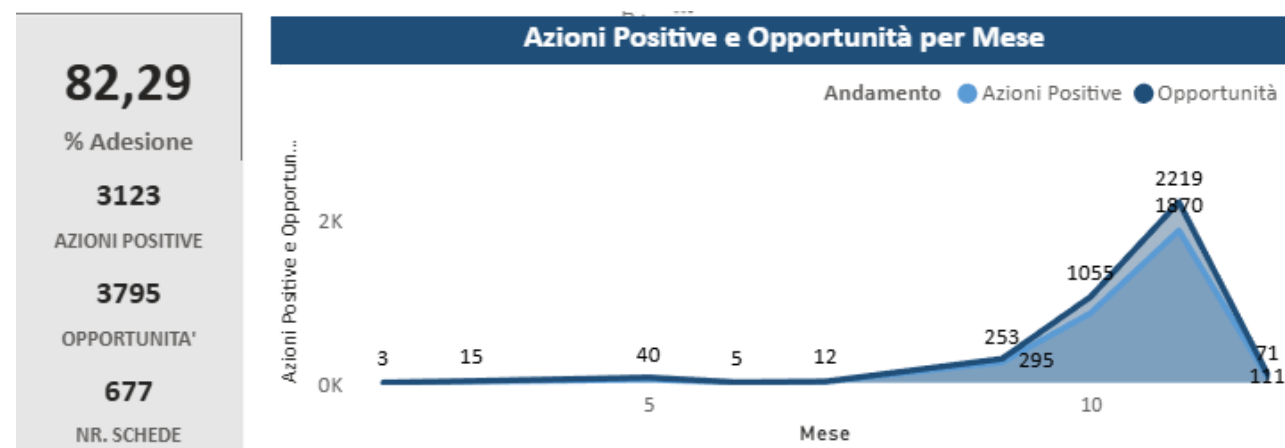


Grafico 1: adesione generale all’igiene delle mani nell’INMI Spallanzani.

L’adesione all’igiene mani suddivisa per azione è risultata pari al 19,66 % (746 opportunità) per il lavaggio con acqua e sapone e al 62,64 % (2377 opportunità) per la frizione con gel idroalcolico. (grafico 2).

L’ adesione all’igiene mani non è stata rispettata in una percentuale pari al 16,65%. Sono state osservate 632 opportunità in cui gli operatori sanitari non hanno effettuato nessun’azione di igiene mani e di queste 632, in 255 opportunità sono stati usati i guanti.



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 61 di 83

Dal grafico risulta che le 632 opportunità sono catalogate sotto la voce “nessuna selezione” e 40 opportunità sotto la voce “nessuna azione”, le quali però sono incluse nel totale delle opportunità, ma non nei dati disaggregati. Questo è accaduto a causa di una migrazione di dati dalla vecchia piattaforma DARM alla nuova AIPLAN.



Grafico 2: adesione igiene mani suddivisa per azione

L’adesione per categoria professionale mostra una buona adesione all’igiene delle mani delle principali categorie professionali che si attesta sopra al 70%.

Gli infermieri sono aderenti per l’86,22%, i medici infettivologi inclusi nella categoria “medico medicina” aderiscono alla pratica igiene mani per il 77,22, mentre i medici rianimatori aderiscono per l’80,85% (da considerare un numero di opportunità osservate minore). Gli OSS si attestano su un 77,62% di adesione. Alcune categorie presentano un’adesione non ottimale, ma va tenuto conto del fatto che in alcuni casi il numero di opportunità è stato molto esiguo. Medici chirurghi (che sono i consulenti di un altro ospedale) su 7 opportunità osservate, hanno effettuato 1 sola azione positiva (14,29%). Per altri medici si intendono una serie di consulenti che prestano servizio nel nostro istituto, come cardiologi, ematologi, oculisti, dermatologici, etc. ed anche in questo caso l’adesione all’igiene mani è stata molto bassa (35,71%). Sotto la categoria “tecnici” sono compresi solo i tecnici di radiologia che presentano una percentuale di adesione che non raggiunge il 70% (65,82%). Nel nostro Istituto sotto la categoria “OTA” sono stati osservati gli ausiliari che però sono personale esternalizzato e su cui anche quest’anno (2026) effettueremo un retraining sull’igiene mani visto il risultato del monitoraggio. (Tabella 3)



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 62 di 83

Adesione per Categoria Professionale			
Categoria Professionale	% Adesione	Nr. Azioni Positive	Nr. Opportunità
Medico chirurgia	14,29	1	7
Altro medico	35,71	10	28
Tecnico	65,82	52	79
Medico anestesista	66,67	6	9
OTA	69,73	129	185
Medico medicina	77,22	305	395
OSS	77,62	496	639
Medico rianimatore	80,85	38	47
Infermiere-a	86,22	1990	2308
Altro operatore sanitario	90,91	10	11
Totale	82,29	3123	3795
Terapista	95,45	21	22
Medico ginecologo	100,00	36	36
OSSS	100,00	3	3
Ostetrico-a	100,00	3	3
Studente altro operatore sanitario	100,00	14	14
Studente di medicina	100,00	9	9
Totale	82,29	3123	3795

Tabella 3 numero di opportunità osservate e tasso percentuale di adesione per categoria professionale

2. Adesione generale ai cinque momenti dell'igiene delle mani

L’adesione alle cinque indicazioni, detti anche momenti, si mantiene al di sopra del 70 %. Le indicazioni, che però, dimostrano di avere un’adesione, relativamente più bassa, ma ci riferiamo sempre a valori ottimali, sono proprio quelle che devono essere messe in atto prima di toccare il paziente e quindi sono quelle che tutelano di più il paziente dal contrarre i microorganismi da parte del personale sanitario.



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 63 di 83

Adesione per Indicazione			
Indicazione	% Adesione ▲	Nr. Azioni Positive	Nr. Opportunità
Prima Contatto Paziente	75,13	900	1198
Prima Asepsi	83,41	372	446
Dopo Contatto Ambiente Circostante	84,37	556	659
Dopo Contatto Paziente	86,03	868	1009
Dopo Fluido Corporeo	88,41	427	483
Totale	82,29	3123	3795

Tabella 4 Adesione generale ai cinque momenti dell'igiene delle mani

3. Adesione ai cinque momenti per le principali categorie professionali.

Per ciò che concerne le cinque indicazioni correlate alla categoria professionale, come già sottolineato nel paragrafo precedente, l’indicazione “*prima del contatto con il paziente*” risulta essere il momento con l’adesione più bassa in tutte le categorie, specialmente nel caso dei medici, degli OSS e dei tecnici.

Ciò che spesso si osserva è l’utilizzo improprio dei guanti. Vengono indossati prima di toccare il paziente senza alcuna igiene mani subito prima e indossati anche nel caso in cui non debbano essere effettuate manovre in cui c’è il rischio per l’operatore sanitario di venire a contatto con fluidi corporei e anche quando non c’è alcuna precauzione aggiuntiva presente, come per esempio le precauzioni da contatto per i pazienti con infezioni da microorganismi multi-resistenti. (Tabella 5,6,7,8)

	Opportunità	Azioni positive	Adesione %
Infermieri			
<i>Prima contatto paziente</i>	668	541	80,9%

 <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 2026	Pagina 64 di 83

<i>Prima asettica</i>	355	302	85%
<i>Dopo fluido corporeo</i>	357	324	90,7%
<i>Dopo contatto paziente</i>	563	499	88,6%
<i>Dopo contatto ambiente circostante</i>	365	324	88,8%

Tabella 5

	Opportunità	Azioni positive	Adesione %
Medici			
<i>Prima contatto paziente</i>	153	105	68,6%
<i>Prima asettica</i>	30	22	73,3%
<i>Dopo fluido corporeo</i>	15	14	93,3 %
<i>Dopo contatto paziente</i>	127	107	84,3%
<i>Dopo contatto ambiente circostante</i>	70	57	81,4%

Tabella 6

	Opportunità	Azioni positive	Adesione %
OSS			
<i>Prima contatto paziente</i>	225	149	66,2%
<i>Prima asettica</i>	32	29	90,6%
<i>Dopo fluido corporeo</i>	82	68	82,9
<i>Dopo contatto paziente</i>	188	156	83,0

 <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 2026	Pagina 65 di 83

<i>Dopo contatto ambiente circostante</i>	112	94	83,9
---	-----	----	-------------

Tabella 7

	Opportunità	Azioni positive	Adesione %
Tecnico radiologia			
<i>Prima contatto paziente</i>	31	13	41,9
<i>Prima asettica</i>	3	1	33,3
<i>Dopo fluido corporeo</i>	1	0	0
<i>Dopo contatto paziente</i>	33	29	87,9
<i>Dopo contatto ambiente circostante</i>	11	9	81,8

Tabella 8

4. Andamento adesione igiene mani rispetto al monitoraggio del 2024

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 3 e dalla tabella 9. Nel 2024 è stata utilizzata la piattaforma DARM, in cui non era incluso il software Power Bi.

L’adesione è passata da 81,35% del 2024 a 82,29% nel 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 2026

Pagina 66 di 83

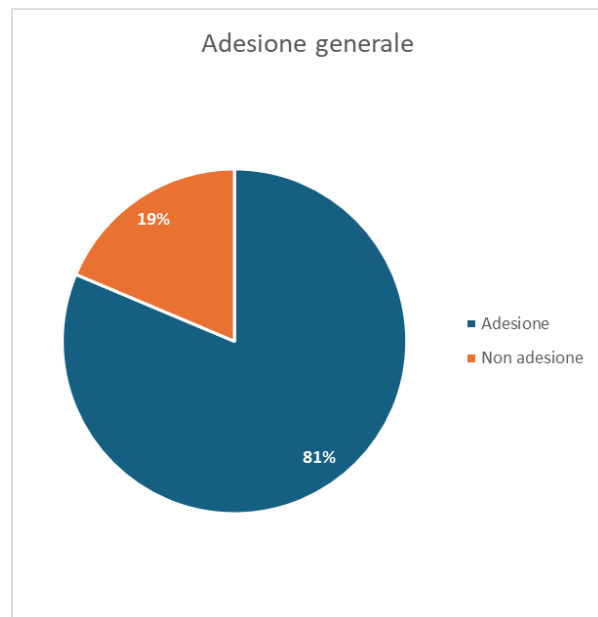


Grafico 3: adesione generale all’igiene delle mani nell’INMI Spallanzani.

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

Tabella 9: 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 10).

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

Tabella 10



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 67 di 83

Rispetto al 2024, nel 2025 la modalità della frizione con gel idroalcolica è sicuramente preferita.

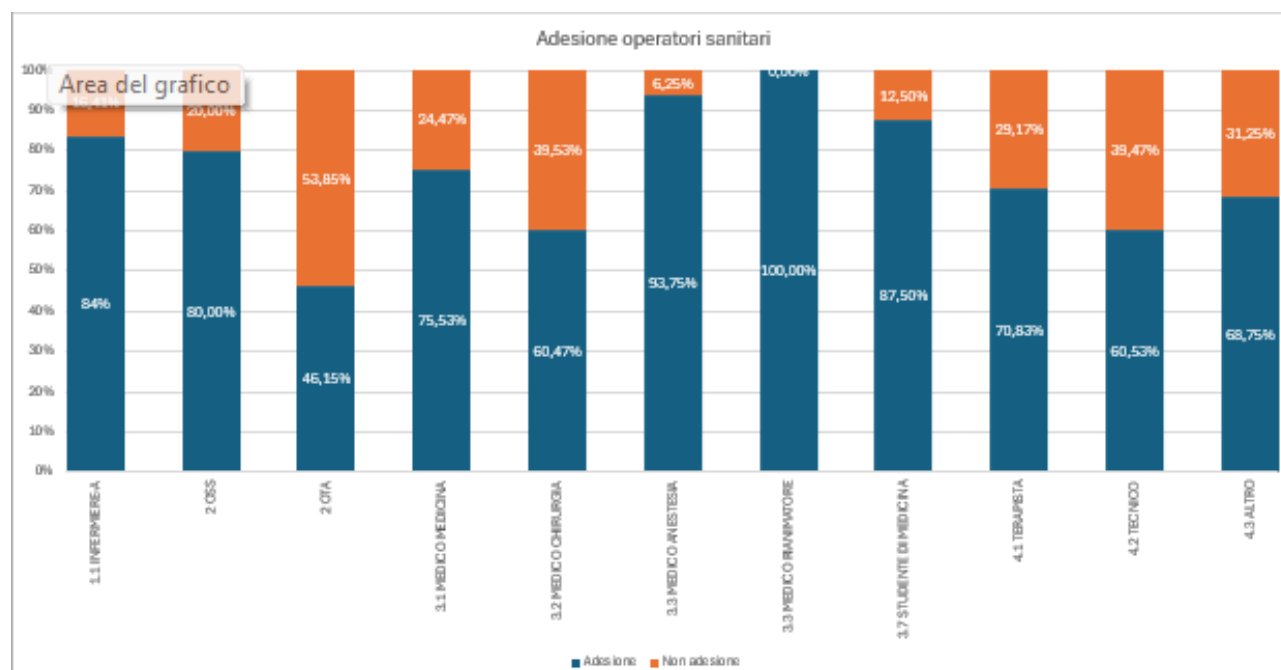


Grafico 4: adesione all'igiene mani per categoria professionale.

Per ciò che concerne l'adesione per le principali categorie professionali, gli infermieri, i medici ed i tecnici di radiologia sono risultati più aderenti nel 2025 rispetto al 2024, mentre gli OSS nel 2024 mostravano un'adesione leggermente più alta (80% nel 2024 contro 77,62% nel 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 2026

Pagina 68 di 83

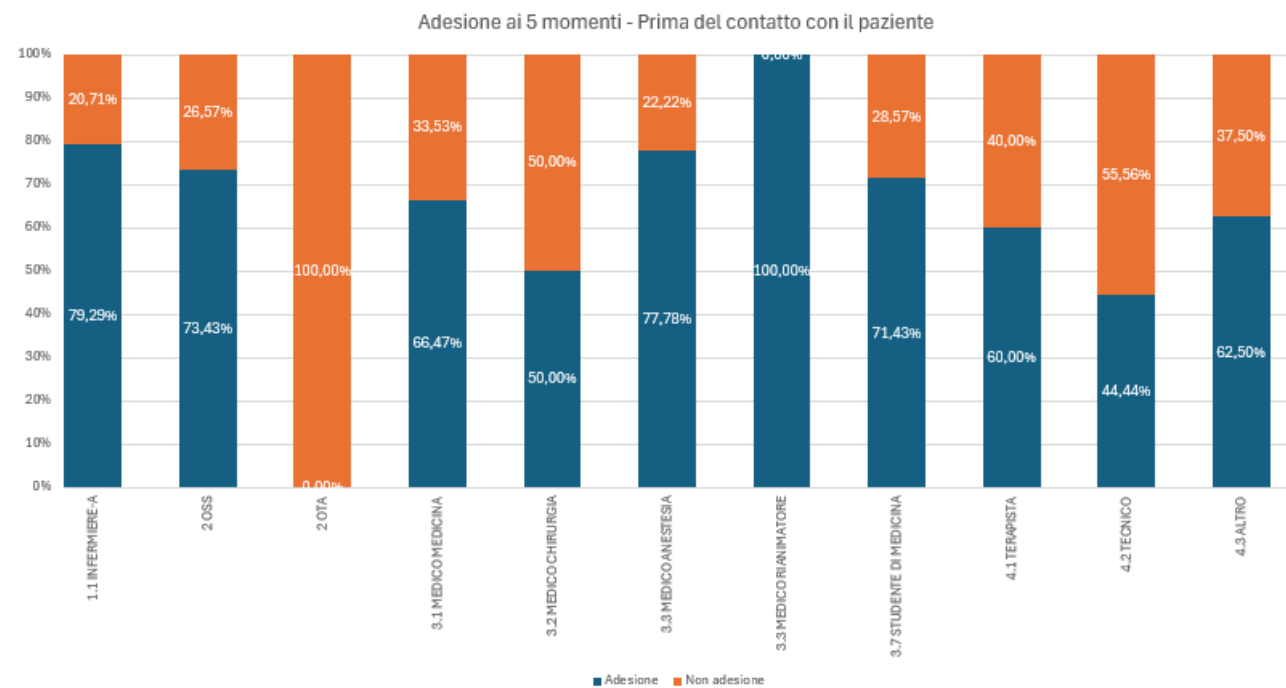


Grafico 5: adesione per categoria professionale per indicazione 1, prima del contatto con il paziente.



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 69 di 83

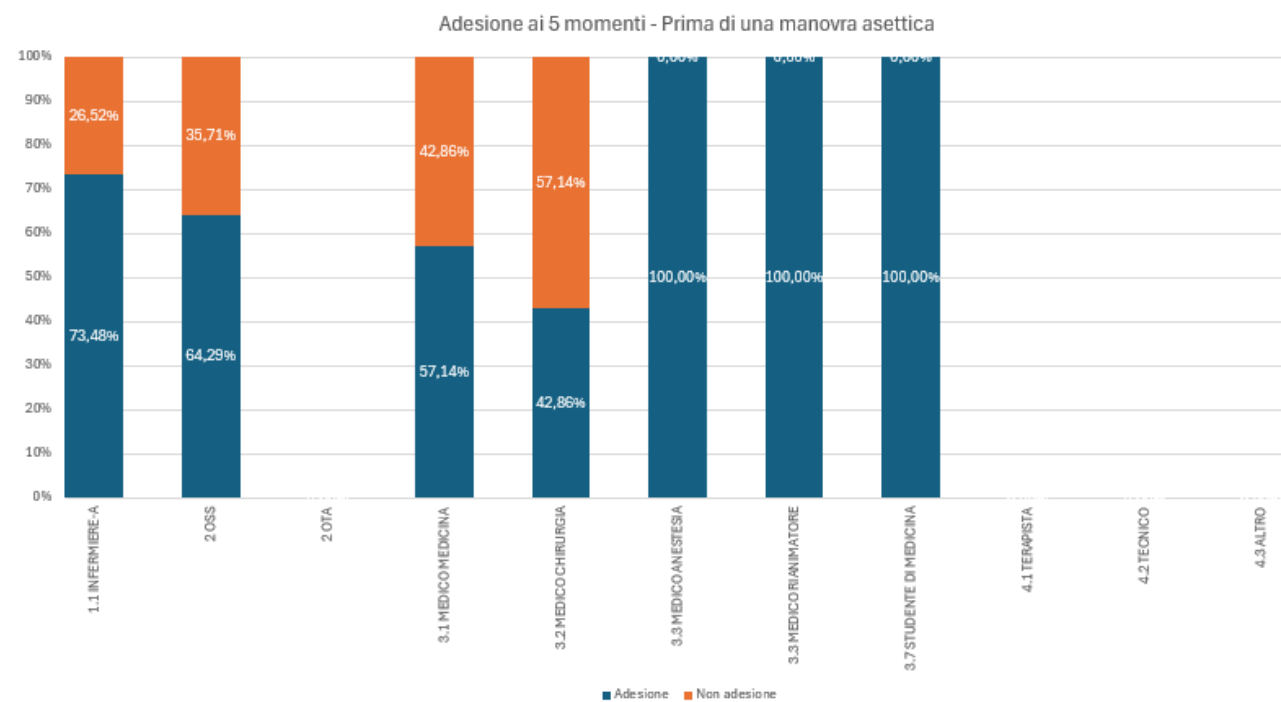


Grafico 6: adesione per categoria professionale per indicazione 2, prima di una manovra asettica



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 70 di 83

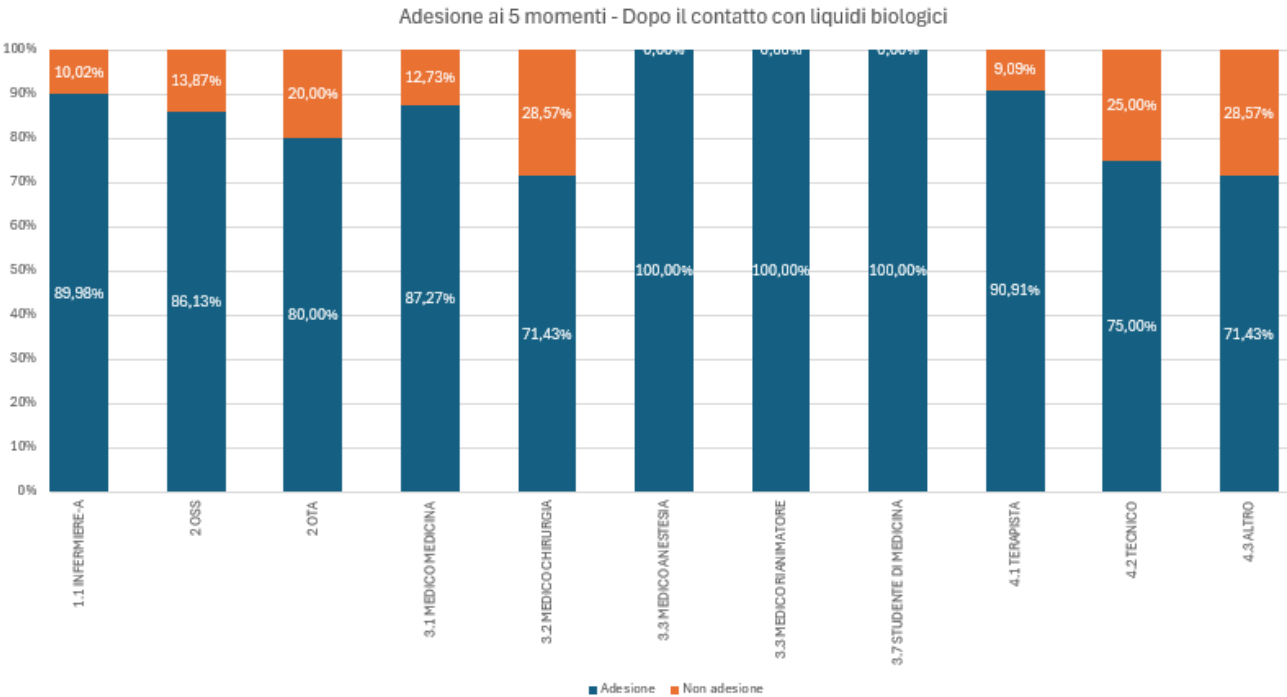


Grafico 7: adesione per categoria professionale per indicazione 3, dopo contatto con liquidi biologici



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 71 di 83

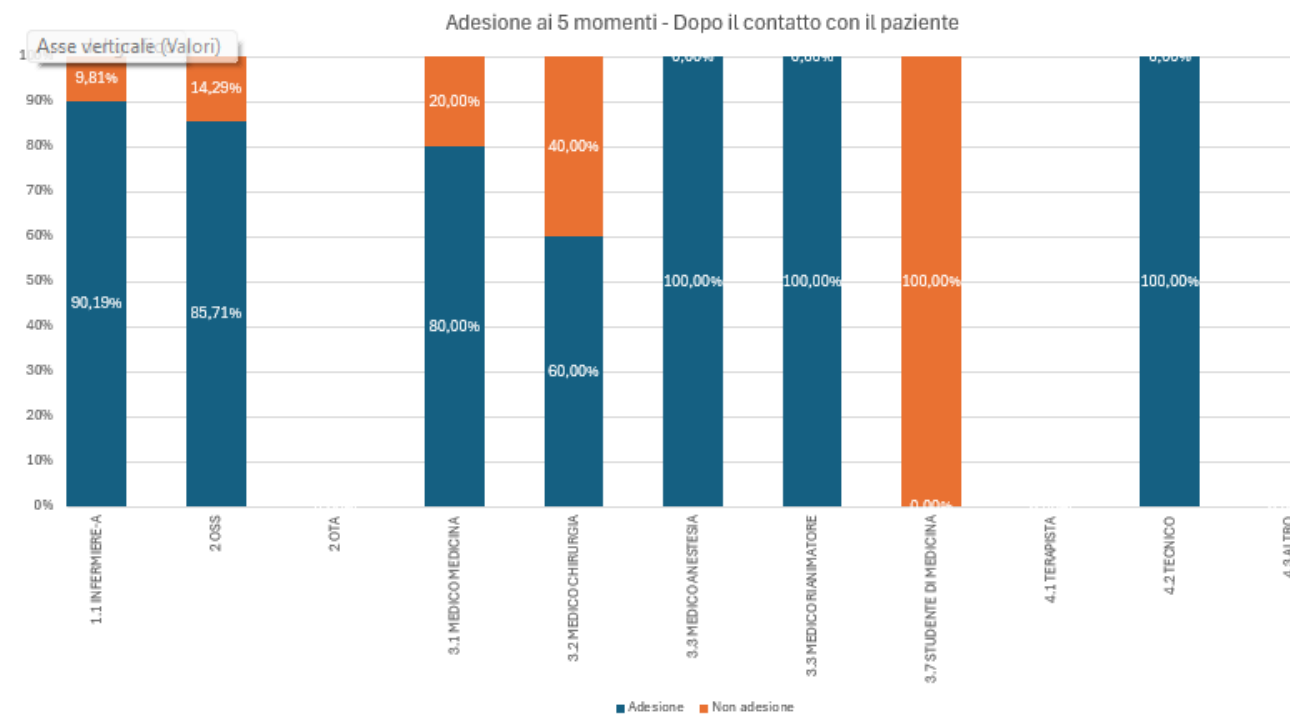


Grafico 8: adesione per categoria professionale per indicazione 4, dopo contatto con il paziente



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 72 di 83

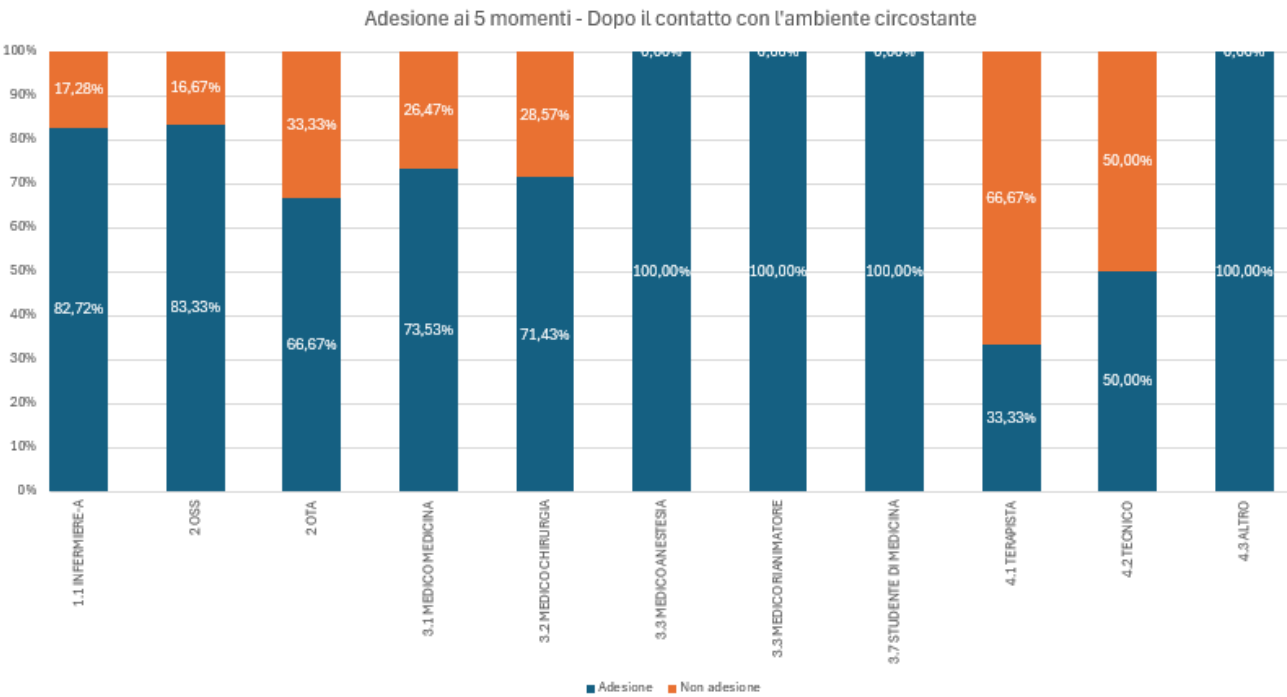


Grafico 9: adesione per categoria professionale per indicazione 5, dopo contatto con l’ambiente circostante.

Nel 2025 la categoria degli infermieri ha migliorato l’adesione alla pratica dell’igiene mani soprattutto nei momenti più critici per il paziente, quindi “prima di toccare il paziente” e “prima di una manovra asettica”.

La categoria dei medici ha mostrato un aumento dell’adesione in tutte le indicazioni, soprattutto, come gli infermieri, nei momenti “prima di toccare il paziente” e “prima di una manovra asettica”.

Per la categoria degli OSS, l’adesione ha evidenziato un decremento nell’indicazione “prima di toccare il paziente”, “dopo fluido corporeo” e “dopo contatto con il paziente”. Al contrario la categoria degli OSS ha dimostrato di aver migliorato la sua adesione soprattutto nell’indicazione “prima di una manovra asettica”.

I tecnici di radiologia hanno mostrato un’adesione all’indicazione “prima di toccare il paziente”, in generale scarsa in entrambi gli anni, ma nel 2025 l’adesione appare più bassa. Per ciò che concerne i momenti “dopo contatto con il paziente” e “dopo contatto con l’ambiente circostante” la compliance appare migliorata.



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 73 di 83

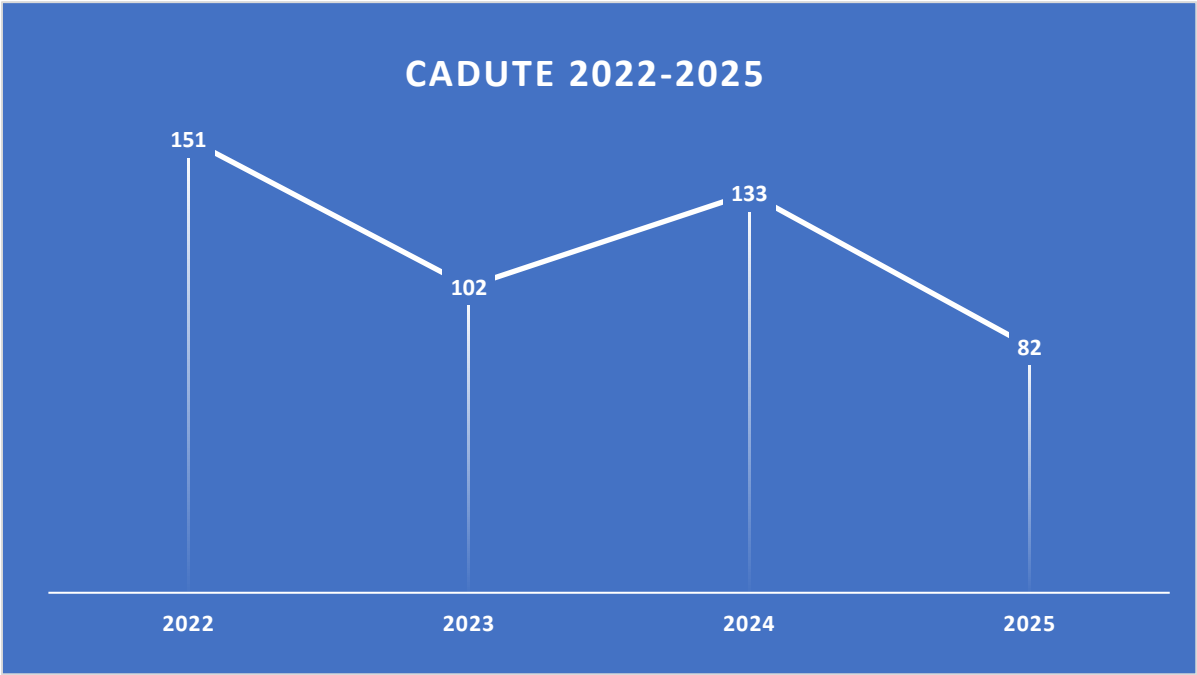
ALLEGATO 2: RELAZIONE CADUTE 2025 INMI "L. Spallanzani"

Nel **2025** si osserva una **diminuzione significativa** del numero di cadute, che scende a **82** rispetto a 133 dell’anno precedente.

Nel periodo **2022–2025** il numero totale di cadute mostra un andamento variabile: si passa da **151** nel 2022 a **102** nel 2023, con un aumento a **133** nel 2024.

Anno	Nr. Cadute
2022	151
2023	102
2024	133
2025	82

Tot gg degenza	Tot. Pz. ricoverati
59516	3095
54533	2770
52470	3007
58012	3615





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

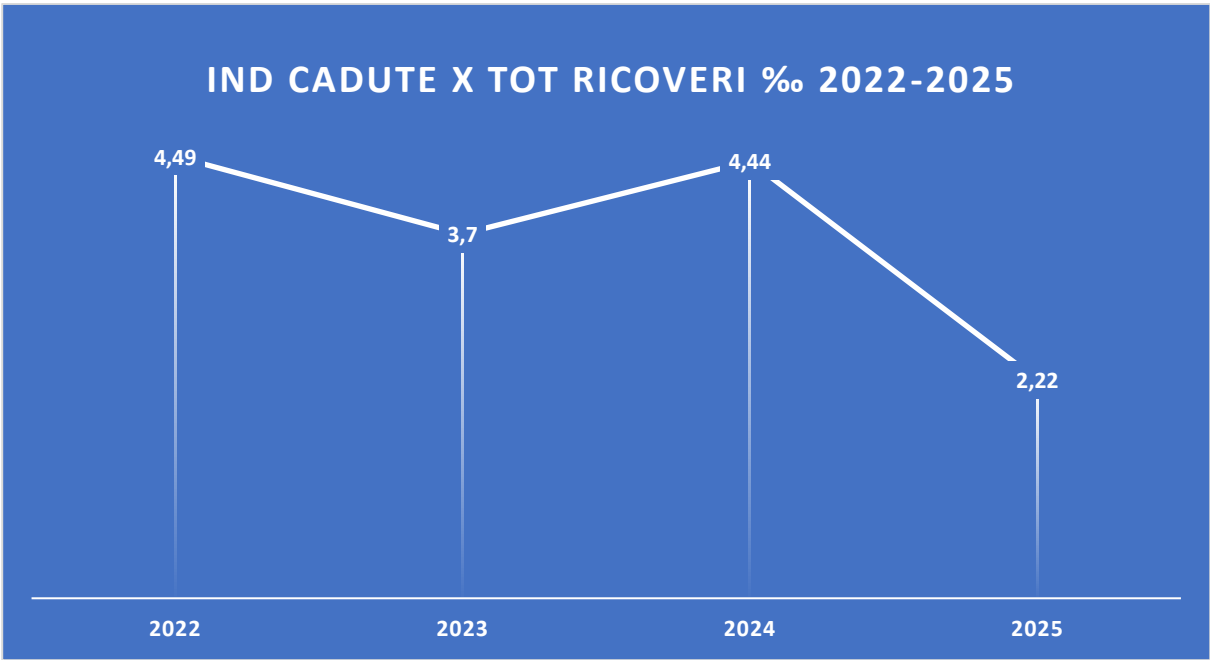
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 74 di 83

Delle **82 cadute segnalate nel 2025**, una è stata di una gravità tale da classificarsi 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.

CALCOLO INDICATORE CADUTE PER TOTALE PAZIENTI RICOVERATI 2025

Anno	n.ro cadute	tot ricoveri	indicatore ‰ tot ric.
2022	151	3095	4,49
2023	102	2770	3,70
2024	133	3007	4,44
2025	82	3615	2,22



Nel **2025** si registra una **netta diminuzione a 2,22%**, a fronte di un aumento del numero di pazienti ricoverati.

Nel periodo **2022–2024** l’indicatore di cadute passa da **4,49‰** nel 2022 a **3,70‰** nel 2023, per poi risalire a **4,44‰** nel 2024.



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

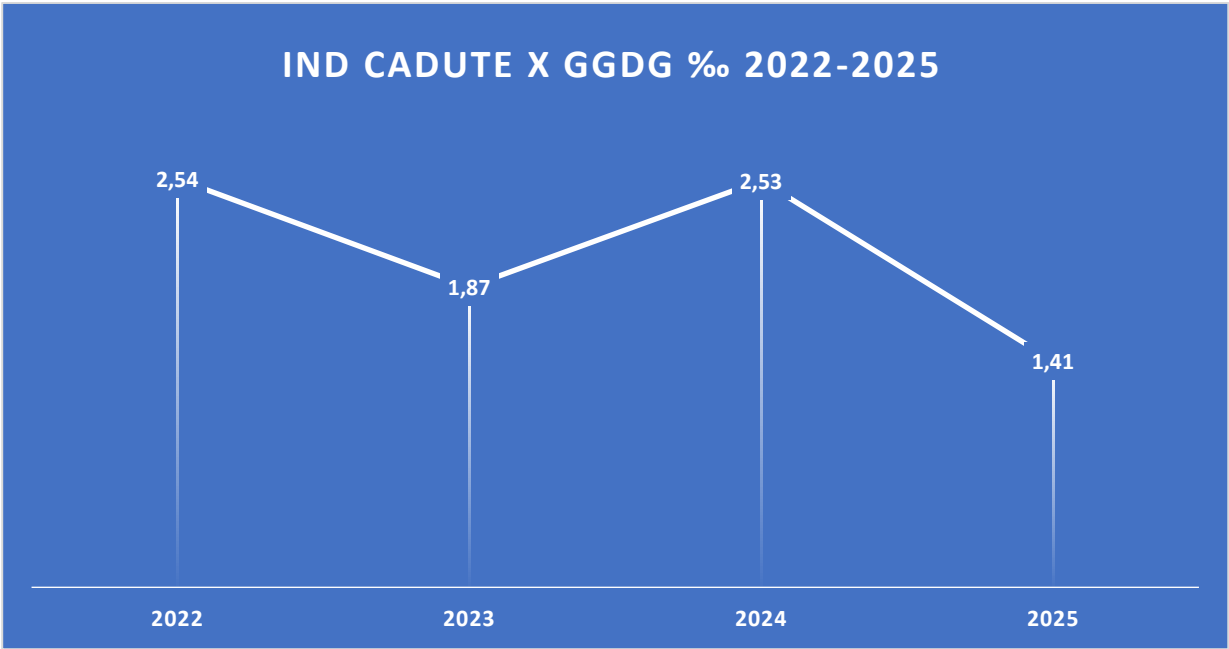
PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 75 di 83

Il dato **2025** indica un **miglioramento significativo della gestione del rischio di caduta**, pur in presenza di un maggiore volume di attività, suggerendo una maggiore efficacia delle misure di prevenzione adottate.

CALCOLO INDICATORE CADUTE PER TOTALE DELLE GIORNATE DI DEGENZA 2025

Anno	n.ro cadute	gg degenza	indicatore ‰ giorni/paziente
2022	151	59516	2,54%
2023	102	54533	1,87%
2024	133	52470	2,53%
2025	82	58012	1,41



Nel **2025** si osserva una riduzione dell’indicatore, che si attesta a **1,41‰**, a fronte di un aumento delle giornate di degenza complessive.



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

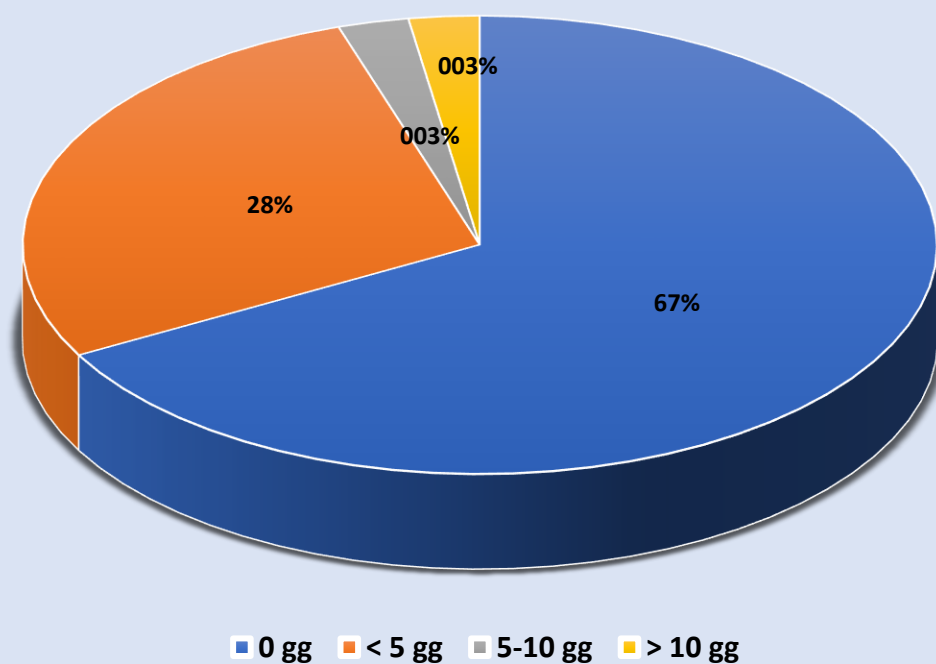
Pagina 76 di 83

Nel periodo **2022–2025** l'indicatore di cadute calcolato sulle **giornate di degenza** mostra un andamento variabile. Nel **2022** il valore è pari a **2,54%**, nel **2023** si riduce a **1,87%**, mentre nel **2024** risale a **2,53%**.

CALCOLO INDICATORE CADUTE PER PROGNOSI 2025

Prognosi	Cadute	Percentuale
	82	100%
0 gg	55	67.07%
<5 gg	23	28.04%
5-10 gg	2	2.44%
>10 gg	2	2.44%

Prognosi cadute 2025



Anche nel 2025 si conferma **la prevalenza delle giornate a prognosi zero**, con una marcata differenza rispetto a quelle con prognosi superiore a zero giorni.

 <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 2026	Pagina 77 di 83

Analizzando la **prognosi conseguente alla caduta**, su un totale di **82 eventi: 55 casi (67,1%)** non hanno comportato giorni aggiuntivi di prognosi (**0 giorni**), **23 casi (28,0%)** hanno determinato una prognosi **inferiore a 5 giorni**, **2 casi (2,4%)** una prognosi **tra 5 e 10 giorni** e **2 casi (2,4%)** una prognosi **superiore a 10 giorni**.

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

RESOCONTO GENERALE CADUTE 2025

2025							
U.O./SERVIZI	PROGNOSI				TOT	M	F
	0	< 5 gg.	5-10 gg.	> 10 gg.			
I DIVISIONE	14	4	1	0	19	13	6
II DIVISIONE	9	1	0	0	10	7	3
III DIVISIONE	10	5	0	0	15	12	3
IV DIVISIONE	5	2	1	0	8	4	4
MIAR A	5	1	0	1	7	4	3
MIAR B	5	3	0	0	8	5	3
DIPARTIMENTALE	7	7	0	1	15	8	7
TOT	55	23	2	2	82	53	29



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 78 di 83

ALLEGATO 3: Relazione sui risultati del monitoraggio del consumo di Soluzione Idroalcolica (SIA) – Anno 2025

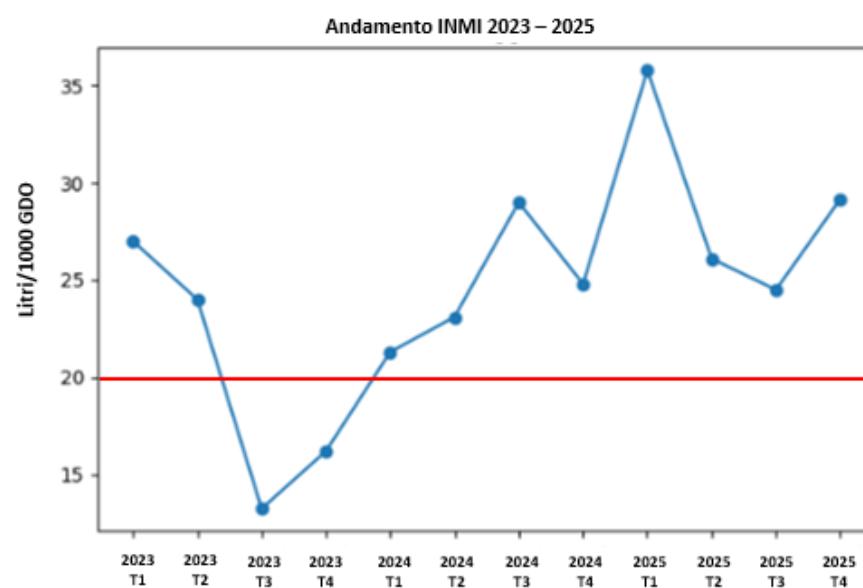
Il presente documento illustra i risultati del monitoraggio del consumo di Soluzione Idroalcolica (SIA) effettuato presso l’Istituto INMI L. Spallanzani, quale indicatore indiretto di adesione alle pratiche di igiene delle mani e di prevenzione delle Infezioni Correlate all’Assistenza (ICA). L’attività di rilevazione si inserisce nell’ambito del Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS).

Attraverso il confronto con l’anno 2024 nel 2025 si è evidenziato un incremento del valore di soluzione idroalcolica utilizzata, con riferimento all’indicatore imposto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definito come: **litri di SIA/ 1000 giornate di degenza ordinarie (GDO)**.

Il valore registrato nel 2025 presso l’Istituto è stato di: **29,37** litri/1000 GDO.

Nell’anno 2024 il valore registrato era: **23,30** litri/1000 GDO.

Tale andamento ha evidenziato un miglioramento complessivo della struttura nel corretto consumo di soluzione idroalcolica, indicabile in percentuale come un miglioramento del 26,1% rispetto al 2024, posizionandosi al di sopra del limite minimo imposto dall’OMS definito come 20 litri/1000 GDO, questo risultato si può interpretare come un possibile rafforzamento dell’adesione alle pratiche di igiene delle mani determinato anche dalle azioni di formazione continua e *training on the job* attuati nella struttura e dal controllo proattivo effettuato nei reparti dai vari osservatori di reparto selezionati.



Medie annuali:

2023: 19,27 L/1000 GG DGO

2024: 23,3 L/1000 GG DGO

2025: 29,39 L/1000 GG DGO



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 79 di 83

ALLEGATO 4: PIANO DI AUTOCONTROLLO INMI L. SPALLANZANI - Prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi

L’Istituto Nazionale per le Malattie infettive “Lazzaro Spallanzani” (INMI) ha elaborato un piano di autocontrollo redatto in conformità a quanto previsto dalla DGR n. 460 del 28/06/2024, dal Piano di Sicurezza dell’Acqua (D.Lgs. 18/2023, di recepimento della Direttiva UE 2020/2184) – Linee di indirizzo regionali per la prevenzione, sorveglianza e controllo della legionellosi; sulla qualità delle acque destinate al consumo umano.

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, e per il 2026 è prevista la revisione della procedura stessa.

Con la Deliberazione n. 488 del 13/08/2025 la Direzione Strategica dell’INMI ha costituito il Gruppo di lavoro multidisciplinare per la legionellosi costituito da:

- a. Rappresentante della Direzione Sanitaria
- b. Presidente del CC-ICA
- c. Risk Manager
- d. Risorsa afferente alla UOSD Risk Management
- e. Responsabile SPP
- f. Dirigente del Servizio Tecnico
- g. 2 rappresentanti delle Aree Cliniche
- h. Responsabile del Laboratorio di Microbiologia

Il Programma di Controllo costituisce parte integrante del PARS aziendale ed è coerente con il Piano di Sicurezza dell’Acqua (PSA), si applica a tutti gli impianti idrici e aeraulici della struttura ospedaliera, incluse:

- reti di distribuzione di acqua calda sanitaria (ACS) e acqua fredda sanitaria (AFS);
- bollitori e serbatoi di accumulo;
- torri evaporative/condensative;
- impianti aeraulici (UTA, pompe di calore, filtri);
- terminali di erogazione (docce, rubinetti).

La struttura assiste pazienti ad elevata fragilità (immunodepressi, trapiantati, oncologici, pazienti HIV); pertanto il Piano adotta un criterio di tolleranza zero nei confronti della contaminazione ambientale, con l’obiettivo di:

- prevenire la proliferazione di Legionella;
- ridurre l’esposizione di pazienti, operatori e visitatori;
- garantire un controllo sistematico, documentato e verificabile;
- integrare il controllo ambientale con la sorveglianza clinica ed epidemiologica.

Il Gruppo di Lavoro si riunisce periodicamente e coordina, analizza e verifica la valutazione del rischio, la pianificazione dei controlli ambientali e impiantistici, la sorveglianza epidemiologica dei casi, l’analisi degli esiti, la definizione e verifica delle misure correttive, l’integrazione delle attività nel PARS.



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 80 di 83

Modalità di esecuzione e tempi della valutazione del rischio

La valutazione del rischio viene eseguita secondo quanto previsto dalle linee di indirizzo nazionali e regionali, ed è effettuata da UOSD Risk Management, in collaborazione con la UOC Servizio Tecnico e Patrimonio, il CC-ICA ed il Servizio Prevenzione e Protezione.

La valutazione è ripetuta in caso di:

- modifiche impiantistiche;
- variazioni della tipologia di pazienti assistiti;
- cambiamenti epidemiologici;
- riscontro di contaminazioni anomale o reiterate;
- segnalazione di casi o cluster di legionellosi.

Sono valutati:

- caratteristiche degli impianti;
- presenza di punti critici;
- popolazione esposta;
- condizioni favorevoli a biofilm e stagnazione.

La metodologia di valutazione è quindi basata su:

- sopralluogo tecnico;
- valutazione dei fattori di rischio impiantistici e assistenziali;
- attribuzione di esiti utili al confronto periodico nel tempo.

Indicazione sintetica delle misure di controllo previste

Misure strutturali e gestionali:

- Torri evaporative: trattamento continuo con alghicida + anticalcare
- Pompe di calore e filtri: pulizia, lavaggio, sanificazione e/o sostituzione semestrale
- Filtri UTA: pulizia e sanificazione mensile
- Bollitori ACS dotati di impianto antilegionella con biossido di cloro a ciclo continuo
- Rompigetto e docce: disincrostazione ogni 15 giorni e installazione di rompigetto antilegionella
- Pulizia e sanificazione giornaliera: personale interno
- Flussaggio stanze: alla dimissione del paziente
- Monitoraggio temperature:



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 81 di 83

- ACS: >50°C ai terminali, 50–65°C in accumulo
- AFS: <20°C

Dosaggio continuo di biossido di cloro attivo nei padiglioni: Nuovo Ospedale, Pontano, Alto Isolamento

Cadenze e tipi di campionamento:

- Legionella: semestrale su impianti idrici
- Carica batterica totale torri evaporative: semestrale da ditta in appalto
- Campionamento immediato: in caso di sospetto/conferma legionellosi nosocomiale

Modalità di campionamento ACS:

1. Addetti con DPI completi: FFP2, guanti, copricapo, copriscarpe, camice monouso
2. Tecnica mista preflushing/postflushing
3. Rimozione rompigetto/filtro assoluto da parte dell'idraulico
4. Raccolta in contenitore polietilene con tiosolfato di sodio pentaidrato, 1 litro, senza flambare/disinfettare
5. Acqua raccolta a temperatura stabile
6. Campione chiuso, numerato, scheda compilata: punto, stanza, stato rubinetteria, temperatura, data, ora, firma
7. Riposizionamento rompigetto/filtro
8. Campioni trasportati immediatamente in laboratorio
9. Misurazione temperatura AF $\leq 20^{\circ}\text{C}$

Valutazione risultati e interventi correttivi

UFC/L	Azione
≤ 100	Nessun intervento
> 100 e punti positivi < 20%	Flussaggio ACS 15 min, 5 giorni consecutivi; ricampionamento; se persistono positivi → valutazione rischio (ristagno, oscillazioni temperatura, incrostazioni, rami morti, corrosione, tipologia pazienti); misure correttive o chiusura punti poco utilizzati
> 100 e punti positivi > 20%	Disinfezione impianto; ricampionamento; revisione rischio se persiste positività; misure correttive
> 10.000	Disinfezione impianto; revisione rischio; ricampionamento immediato e a 48h; ripetizione fino a negativizzazione

- Dopo positività, ripetere campionamento fino a negativizzazione
- Successivi controlli: 6 mesi dall'ultimo esito negativo



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

PIANO ANNUALE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO 2026

Pagina 82 di 83

- Tutti i campionamenti documentati con verbali dedicati e analizzati dal Laboratorio di Microbiologia
- Risultati interpretati nel contesto della valutazione complessiva del rischio

Monitoraggio e verifica dell'efficacia

Attività di monitoraggio:

- Controlli tecnici sugli impianti (Servizio Tecnico)
- Verifica indicatori di processo: puntualità campionamenti, flussaggi, manutenzioni
- Analisi periodica esiti ambientali e clinici (Gruppo di lavoro)

Indicatori principali:

- Manutenzione erogatori doccia e rubinetti
- Flussaggi alla dimissione del paziente
- Manutenzione torri evaporative
- Rispetto tempistiche campionamento
- Segnalazione tempestiva dei casi sospetti

Diagnosi, sorveglianza e gestione dei casi

Diagnosi di legionellosi: il sospetto di legionellosi è incluso nella diagnosi differenziale di ogni paziente con polmonite comunitaria o nosocomiale assistito presso l'INMI.

Presso l'INMI è disponibile il test dell'antigene urinario, con esecuzione e refertazione entro 24–48 ore. In caso di positività, l'esito è comunicato immediatamente al medico del reparto; la Direzione Sanitaria è informata telefonicamente e via mail; la UOSD Risk Management attiva la sorveglianza e gli interventi previsti dalla Procedura dedicata.

La coltura per Legionella, l'immunofluorescenza diretta e le tecniche molecolari, così come le modalità di prelievo, trasporto e conservazione dei campioni umani e ambientali, rispettano le procedure internazionali vigenti.

Sorveglianza attiva: è attivo presso l'INMI un sistema di sorveglianza attiva a partire dal Laboratorio di Microbiologia. Legionella spp è inclusa tra gli organismi sentinella (alert organisms).

In caso di segnalazione il Laboratorio allerta il medico richiedente, la Direzione Sanitaria e la UOSD Risk Management, che avvia l'indagine epidemiologica per la verifica della possibile origine nosocomiale e valuta la necessità di verifica ambientale straordinaria.

L'indagine epidemiologica, condotta da UOSD Risk Management e/o CC-ICA, consente di:

- classificare il caso come accertato o probabile;
- valutare i criteri temporali di associazione all'assistenza 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 2026

Pagina 83 di 83

- distinguere casi sporadici da cluster;
- analizzare eventuali segnalazioni di polmonite associate all’assistenza sanitaria nei mesi precedenti.

Sorveglianza dei dipendenti e misure di sicurezza I lavoratori potenzialmente esposti al rischio legionellosi sono sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del Medico Competente, in collaborazione con SPP, UOSD Risk Management e Direzione Sanitaria.

Documentazione e tracciabilità

Tutte le attività sono registrate sulla piattaforma documentale aziendale. La documentazione è:

- tracciabile;
- disponibile per audit;
- priva di dati sensibili.

Piano di miglioramento

Sulla base dei risultati ambientali, clinici ed epidemiologici:

- sono definite azioni correttive e preventive;
- sono stabilite priorità e tempi;
- viene verificata l’efficacia degli interventi.

Il Piano è revisionato ogni due anni o prima, in caso di eventi significativi.

Formazione e comunicazione: sono previste attività formative periodiche rivolte a:

- personale tecnico;
- personale sanitario;
- operatori coinvolti nella prevenzione delle ICA.

Il SPP e la UOSD Risk Management comunicano formalmente ai reparti gli esiti delle valutazioni e delle indagini. I risultati sono resi disponibili sul portale aziendale di Risk Management.